新编全科医师手册

XINBIANQUANKEYISHISHOUCE

- 常见症状与危重症的诊断与治疗
- 常见疾病的诊断与治疗
- 辅助检查与诊疗技术
- 临床常用药物



新编全科医师手册

XinBian QuanKe YiShi ShouCe

韩长远　张继轩　主编

河南科学技术出版社

目　录

第一篇　常见症状与危重症的诊断与治疗

第一章　常见症状的诊断与治疗 …… (2)
发热(2)　咳嗽与咯痰(4)　咯血(5)　胸痛(7)　呼吸困难(9)　胸腔积液(10)　呕吐(11)　呕血(12)　便血(14)　腹痛(15)　慢性腹泻(19)　腹水(20)　肝脾肿大(21)　腹部肿块(23)　头痛(25)　眩晕(27)　抽搐(28)　水肿(30)　血尿(31)　出血倾向(33)　黄疸(35)　紫绀(36)
第二章　危重症的抢救 …… (38)
心跳骤停和心肺复苏(38)　休克(42)　昏迷(52)　急性心功能不全(56)　呼吸衰竭(57)　成人呼吸窘迫综合征(59)　肝性脑病(62)　上消化道出血(64)　急性肾功能不全(68)　中暑(75)　溺水(77)　电击伤(79)

第二篇　常见疾病的诊断与治疗

第一章　传染病 …… (82)
第一节　传染源的管理 …… (82)
第二节　病毒感染 …… (83)
病毒性肝炎(83)　流行性腮腺炎(88)　脊髓灰质炎(91)　病毒

性胃肠炎(94)　水痘(96)　艾滋病(97)　狂犬病(98)　麻疹(100)　流行性乙型脑炎(103)　流行性感冒(106)　风疹(107)　流行性出血热(108)
第三节　立克次体感染……(111)
流行性斑疹伤寒(111)　地方性斑疹伤寒(113)
第四节　细菌感染……(113)
伤寒与副伤寒(113)　细菌性痢疾(116)　流行性脑脊髓膜炎(120)　细菌性食物中毒(124)　霍乱(126)　弯曲菌肠炎(128)　布氏菌病(129)　炭疽(131)　百日咳(132)　白喉(135)　猩红热(137)　破伤风(139)
第五节　螺旋体感染……(141)
钩端螺旋体病(141)
第六节　原虫感染……(144)
阿米巴痢疾(144)　疟疾(146)
第七节　蠕虫病……(149)
血吸虫病(149)　并殖吸虫病(152)　华支睾吸虫病(153)　姜片虫病(154)　丝虫病(155)　钩虫病(157)　蛲虫病(158)　肠绦虫病(159)　囊虫病(160)　蛔虫病(161)　包虫病(163)
第二章　内科……(166)
第一节　呼吸系统疾病……(166)
急性上呼吸道感染(166)　急性气管－支气管炎(168)　慢性支气管炎(170)　慢性阻塞性肺气肿(172)　慢性肺源性心脏病(174)　支气管哮喘(178)　支气管扩张(182)　肺炎球菌肺炎(184)　金黄色葡萄球菌肺炎(186)　支原体肺炎(187)　克雷白杆菌肺炎(188)　军团菌肺炎(189)　肺曲菌病(191)　肺念珠菌病(192)　肺放线菌病(192)　肺隐球菌病(193)　肺脓肿(194)　肺结核(196)　结核性胸膜炎(201)　原发性支气管肺癌(203)　自发性气胸(206)
第二节　循环系统疾病……(208)
慢性心功能不全(208)　心律失常(214)　原发性高血压(226)　冠状动脉粥样硬化性心脏病(231)　心脏瓣膜病(241)　亚急性

感染性心内膜炎(244)　心肌疾病(246)　心肌炎(250)　急性心包炎(252)　慢性缩窄性心包炎(253)　心血管神经官能症(254)
第三节　消化系统疾病……(255)
反流性食管炎(256)　急性胃肠炎(258)　慢性胃炎(259)　消化性溃疡(261)　急性胃粘膜病变(265)　肠结核(266)　结核性腹膜炎(268)　克罗恩病(270)　溃疡性结肠炎(271)　结肠激惹综合征(274)　肝硬化(275)　肝脓肿(280)　急性胆囊炎(282)　胆道蛔虫症(284)　急性胰腺炎(286)　慢性胰腺炎(290)
第四节　泌尿系统疾病……(292)
急性肾小球肾炎(292)　急骤进展性肾小球肾炎(294)　慢性肾小球肾炎(295)　肾病综合征(298)　IgA 肾病(301)　肾小管酸中毒(301)　肾盂肾炎(304)　过敏性紫癜肾炎(307)　肝肾综合征(308)　慢性肾功能不全(309)
第五节　血液系统疾病……(313)
缺铁性贫血(313)　巨幼红细胞性贫血(316)　再生障碍性贫血(318)　自体免疫性溶血性贫血(322)　葡萄糖－6－磷酸脱氢酶缺乏症(323)　海洋性贫血(324)　阵发性睡眠性血红蛋白尿(325)　真性红细胞增多症(325)　原发性血小板减少性紫癜(326)　过敏性紫癜(329)　血友病(330)　血管性假血友病(332)　播散性血管内凝血(332)　白细胞减少症和粒细胞缺乏症(334)　类白血病反应(336)　急性白血病(337)　慢性粒细胞性白血病(339)　慢性淋巴性白血病(341)　淋巴瘤(343)　多发性骨髓瘤(345)　恶性组织细胞病(347)
第六节　内分泌系统与代谢性疾病……(348)
腺垂体功能减退症(348)　尿崩症(349)　甲状腺功能亢进症(351)　亚急性甲状腺炎(355)　慢性淋巴细胞性甲状腺炎(356)　甲状腺功能减退症(357)　单纯性甲状腺肿(360)　原发性甲状旁腺功能亢进症(363)　嗜铬细胞瘤(364)　原发性慢性肾上腺皮质功能减退症(365)　原发性醛固酮增多症(368)　皮质醇增

多症(368)　糖尿病(371)　糖尿病酮症酸中毒(379)　高渗性非酮症糖尿病昏迷(380)　高渗性失水(381)　低渗性失水(383)　等渗性失水(384)　水中毒(384)　低钠血症(385)　高钠血症(386)　高钾血症(386)　低钾血症(387)　高镁血症(388)　低镁血症(389)　代谢性酸中毒(390)　代谢性碱中毒(391)　呼吸性酸中毒(392)　呼吸性碱中毒(393)

第七节　风湿性疾病……(394)

类风湿性关节炎(394)　系统性红斑狼疮(397)　结节性多动脉炎(400)　进行性系统性硬化症(402)　皮肌炎(404)　骨关节炎(406)

第八节　中毒性疾病……(407)

急性中毒诊治原则(407)　有机磷农药中毒(409)　急性河豚中毒(410)　鱼胆中毒(411)　毒蛇咬伤(412)　蜂螫伤(412)　蝎螫伤(413)　发芽马铃薯中毒(413)　棉子中毒(414)　毒蕈中毒(414)　白果中毒(415)　木薯中毒(415)　亚硝酸盐类植物性食物中毒(416)　急性铅中毒(416)　急性汞中毒(417)　急性砷中毒(417)　急性苯中毒(418)　急性甲醇中毒(419)　氰化物中毒(419)　急性一氧化碳中毒(420)　急性阿片及吗啡中毒(420)　氯丙嗪中毒(421)　急性巴比妥类中毒(421)　安定中毒(422)

第三章　神经精神疾病……(423)

三叉神经痛(423)　面神经炎(425)　面肌抽搐(427)　坐骨神经痛(428)　多发性神经病(429)　急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病(431)　急性脊髓炎(432)　脊髓压迫症(435)　脊髓空洞症(435)　运动神经元病(436)　短暂性脑缺血发作(437)　脑血栓形成(438)　脑栓塞(440)　脑出血(441)　蛛网膜下腔出血(445)　癫痫(447)　偏头痛(453)　震颤麻痹(455)　散发性脑炎(457)　多发性硬化(459)　重症肌无力(460)　周期性瘫痪(463)　进行性肌营养不良(464)　颅内高压综合征(465)　精神分裂症(467)　躁狂抑郁症(471)　反应性精神障碍(473)　更年期精神病(475)　周期性精神病(476)　神经症(477)　脑

器质性精神障碍(482)　症状性精神病(483)　感染所致的精神障碍(483)　中毒所致的精神障碍(484)　躯体疾病所致的精神障碍(485)　精神发育迟滞(486)
第四章　外科……(488)
第一节　普通外科……(488)
灭菌与消毒法(488)　切口愈合的记录(489)　术前准备和术后处理(489)　疖与疖病(491)　痈(492)　急性蜂窝组织炎(492)　丹毒(493)　急性淋巴管炎(495)　髂窝脓肿(495)　甲沟炎(496)　脓性指头炎(496)　急性化脓性腱鞘炎(497)　手掌筋膜间隙感染(497)　气性坏疽(498)　血管瘤(499)　甲状腺腺瘤(501)　甲状腺癌(502)　甲状腺功能亢进症(503)　甲状舌骨囊肿(505)　颈部肿块(505)　急性乳腺炎及脓肿(506)　慢性乳腺囊性增生病(508)　乳腺癌(509)　腹股沟疝(511)　股疝(512)　切口疝(513)　脐疝(513)　急性化脓性腹膜炎(514)　腹部损伤(515)　胃及十二指肠溃疡(516)　胃及十二指肠溃疡急性穿孔(518)　胃及十二指肠溃疡大出血(519)　溃疡病并发幽门梗阻(520)　胃癌(520)　急性肠梗阻(523)　急性阑尾炎(525)　大肠癌(526)　肛管直肠周围脓肿(529)　肛瘘(530)　肛裂(531)　血栓外痔(531)　内痔(531)　直肠息肉(533)　原发性肝癌(534)　门静脉高压症(536)　布加综合征(537)　胆石症(540)　急性胆囊炎(542)　急性化脓性梗阻性胆管炎(543)　胰腺假性囊肿(544)　胰岛素瘤(544)　胰腺癌(545)　壶腹周围癌(546)　类癌(546)　血栓闭塞性脉管炎(547)　下肢静脉曲张(549)
第二节　神经外科……(550)
头皮损伤(550)　颅盖骨折(551)　颅底骨折(552)　脑震荡(552)　脑挫裂伤(553)　脑干损伤(554)　丘脑下部损伤(555)　硬脑膜外血肿(555)　急性硬脑膜下血肿(556)　慢性硬脑膜下血肿(557)　脑内血肿(558)　颅后窝血肿(558)　多发性颅内血肿(559)　迟发性颅内血肿(560)　外伤性硬脑膜下积液(560)　小脑幕切迹疝(561)　枕骨大孔疝(562)　颈内动脉海绵窦瘘(562)　颅内低压综合征(563)　脑外伤后综合征(564)

开放性颅脑损伤(565)　火器性颅脑损伤(566)　颅内肿瘤(566)　脑脓肿(568)　脑积水(569)　颅裂和脊柱裂(570)
第三节　心胸外科……(571)
肋骨骨折(571)　损伤性气胸(572)　损伤性血胸(573)　肺爆震伤(574)　脓胸(574)　肺癌(575)　食管癌(576)　动脉导管未闭(578)　房间隔缺损(578)　室间隔缺损(579)　法洛四联症(580)　心瓣膜疾病的外科治疗(580)
第四节　泌尿外科……(582)
多囊肾(582)　输尿管开口异位(583)　肾损伤(583)　膀胱损伤(585)　尿道损伤(585)　急性前列腺炎(586)　慢性细菌性前列腺炎(587)　无菌性前列腺炎(589)　附睾炎(589)　急性淋病(590)　肾结核(591)　膀胱结核(593)　附睾结核(593)　肾积水(594)　前列腺增生症(595)　尿道狭窄(597)　上尿路结石(597)　膀胱结石(599)　尿道结石(599)　肾癌(600)　肾盂肿瘤(601)　膀胱肿瘤(602)　阴茎癌(604)　睾丸肿瘤(605)　前列腺癌(605)　肾下垂(606)　精索静脉曲张(607)　鞘膜积液(608)　包皮嵌顿(609)　尿道肉阜(609)　女性压力性尿失禁(610)　肾血管性高血压(611)　男性不育症(612)　男性性功能障碍(614)
第五节　骨科……(618)
常用检查方法(618)　石膏技术(620)　小夹板技术(622)　牵引技术(623)　关节穿刺技术(624)　锁骨骨折(624)　肱骨干骨折(626)　肱骨髁上骨折(626)　尺、桡骨骨折(627)　孟氏骨折(628)　桡骨远端骨折(629)　腕舟状骨骨折(629)　掌、指骨骨折(630)　股骨颈骨折(631)　股骨粗隆间骨折(632)　股骨干骨折(633)　髌骨骨折(634)　胫、腓骨骨折(634)　踝部骨折(635)　跟骨骨折(636)　跖骨骨折(636)　脊柱骨折(636)　脊髓损伤(638)　骨盆骨折(639)　肩关节脱位(640)　肘关节脱位(641)　桡骨小头半脱位(641)　髋关节脱位(641)　踝部韧带损伤(643)　膝关节韧带损伤(643)　膝关节半月软骨损伤(644)　髌骨软化症(645)　手部损伤(645)　周围神经损伤

(647) 四肢血管损伤(649) 断肢及断肢再植(650) 截肢(651) 急性化脓性骨髓炎(651) 慢性化脓性骨髓炎(652) 化脓性关节炎(653) 骨与关节结核(654) 脊柱结核(654) 骨性关节炎(655) 类风湿性关节炎(656) 强直性脊柱炎(656) 股骨头无菌坏死(657) 膝内翻与膝外翻(658) 扁平足(658) 跟痛症(658) 腰椎间盘突出症(659) 腰部扭伤或劳损(660) 颈椎病(660) 肱二头肌肌腱炎(661) 肱骨外上髁炎(662) 腱鞘炎(662) 腱鞘囊肿(663) 腘窝囊肿(663) 小儿麻痹后遗症(663) 骨肿瘤(664) 骨软骨瘤(665) 软骨瘤(666) 骨巨细胞瘤(666) 骨肉瘤(667) 软骨肉瘤(667)

第六节 小儿外科……(668)

血管瘤(668) 骶尾部畸胎瘤(669) 肾胚胎瘤(670) 先天性食管闭锁(671) 胸腹裂孔疝(672) 先天性肥厚性幽门狭窄(673) 先天性肠闭锁和肠狭窄(673) 先天性肠旋转不良(674) 胎粪性腹膜炎(675) 急性肠套叠(676) 急性阑尾炎(677) 先天性巨结肠(678) 肛门直肠发育畸形(679) 先天性胆总管囊肿(681) 腹股沟疝(681) 嵌闭性腹股沟疝(682) 先天性肌性斜颈(683) 先天性马蹄内翻足(684) 先天性髋脱位(684)

第七节 烧伤……(685)

第五章 妇产科……(688)

第一节 妇产科常用特殊检查……(688)

妊娠试验(688) 卵巢功能检查(689) 阴道清洁度检查(690) 输卵管通液试验(691) 输卵管造影术(692) 子宫颈活检(692) 羊膜腔穿刺术(693) 后穹隆穿刺术(695) 胎儿电子监护仪(696)

第二节 妇科常见疾病……(696)

阴道炎(696) 慢性子宫颈炎(699) 盆腔炎(701) 功能失调性子宫出血(703) 闭经(706) 痛经(710) 子宫内膜异位症(710) 不孕症(712) 子宫肌瘤(713) 侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌(715)

第三节　产科及其疾病…… (717)
早期妊娠的诊断(717)　中、晚期妊娠的诊断(718)　产前检查(719)　正常分娩处理(720)　产褥期处理(724)　流产(726)　异位妊娠(728)　前置胎盘(729)　胎盘早期剥离(730)　妊娠高血压综合征(731)　过期妊娠(734)　分娩期子宫破裂(735)　产后出血(737)　胎儿宫内窘迫(739)　产褥感染(739)　新生儿窒息(740)
第四节　计划生育…… (741)
宫内节育器(741)　短效口服避孕药(748)　长效甾体避孕针(750)　探亲甾体避孕药(751)　长效口服避孕药(752)　事后甾体避孕药(753)　避孕药缓释系统(753)　其他避孕方法(754)　各种避孕方法的选择(754)　水囊中期妊娠引产(755)　利凡诺中期妊娠引产(756)　芫花萜结晶中期妊娠引产(757)　前列腺素中期妊娠引产(759)
第六章　儿科…… (762)
第一节　诊疗技术…… (762)
头皮静脉输液(762)　股静脉穿刺术(763)
第二节　预防接种…… (763)
第三节　小儿脱水及液体疗法…… (764)
第四节　婴儿喂养…… (767)
第五节　生长发育…… (769)
第六节　儿科常见疾病…… (772)
新生儿黄疸(772)　新生儿溶血症(773)　新生儿颅内出血(775)　新生儿肺炎(776)　新生儿败血症(777)　新生儿硬肿症(778)　急性上呼吸道感染(779)　急性支气管炎(780)　喘息样支气管炎(781)　支气管肺炎(782)　婴儿腹泻病(784)　小儿惊厥(786)　营养不良(789)　维生素D缺乏性佝偻病(791)　婴幼儿手足搐搦症(793)
第七章　皮肤性病科…… (795)
第一节　常用皮肤科诊疗技术…… (795)
外用药疗法(795)　皮质类固醇激素局部注射疗法(797)　激光

疗法(797)　冷冻疗法(798)　斑贴试验(799)　真菌直接镜检法(800)　疥螨检查法(800)
第二节　皮肤科常见疾病……(800)
头癣(800)　手癣、足癣和甲癣(802)　体癣和股癣(803)　花斑癣(804)　皮肤粘膜念珠菌病(805)　接触性皮炎(806)　荨麻疹(807)　丘疹性荨麻疹(809)　湿疹(809)　药疹(811)　多形日光疹(813)　白癜风(814)　天疱疮(815)　硬皮病(818)　瘢痕疙瘩(820)　血管瘤(821)　基底细胞癌(822)　鳞状细胞癌(822)　尖锐湿疣(823)　淋病(824)　非淋菌性尿道炎(826)　梅毒(827)　神经性皮炎(829)　瘙痒症(830)　过敏性紫癜(831)　结节性红斑(832)　皮肤结节性血管炎(833)　寻常疣(833)　传染性软疣(834)　扁平疣(835)　单纯疱疹(835)　带状疱疹(836)　银屑病(838)　玫瑰糠疹(839)　酒渣鼻(840)　脂溢性皮炎(841)　寻常痤疮(842)　隐翅虫皮炎(844)　疥疮(845)　脓疱疮(846)　斑秃(847)
第八章　眼科……(849)
第一节　一般检查法……(849)
视力检查(849)　翻眼睑(850)　泪道检查(851)　斜照及配合放大镜检查(852)　荧光素检查(852)　检眼镜检查(852)　眼压检查(853)
第二节　常用诊断技术……(854)
裂隙灯检查(854)　前房角镜检查(855)　三面镜检查(856)　巩膜透照(857)　荧光眼底血管造影(857)　屈光检查(860)　眼球突出度检查(863)　房水流畅检查(863)　斜视检查(864)
第三节　常用治疗技术……(867)
球结膜下注射(867)　球后注射(867)　泪道冲洗和探通术(868)　倒睫电解(869)　睑内翻矫正术(870)　角膜异物剔除法(870)　化学腐蚀疗法(871)　热烧灼法(872)
第四节　眼科常见疾病……(873)
睑缘炎(873)　睑腺炎(874)　睑板腺囊肿(875)　泪囊炎(876)　结膜炎(877)　沙眼(880)　泡性眼炎(881)　细菌性角膜炎

(882) 单纯疱疹性角膜炎(884) 巩膜炎(885) 虹膜睫状体炎(886) 急性闭角型青光眼(887) 白内障(890) 中心性浆液性视网膜病变(894) 视神经乳头炎(895) 视神经乳头水肿(896) 视神经萎缩(897) 角膜异物(898) 交感性眼炎(899) 化学性眼外伤(899) 电光性眼炎(901) 屈光不正(901) 斜视(904) 弱视(907)

第九章 耳鼻咽喉科…… (909)

第一节 耳鼻咽喉的检查法…… (909)

检查前的准备(909) 鼻部检查法(909) 咽部检查法(910) 喉部检查法(910) 耳部检查法(911) 咽鼓管功能检查法(911)

第二节 耳鼻咽喉科诊疗方法…… (912)

上颌窦穿刺冲洗法(912) 鼻孔填塞法(913) 下鼻甲注射法(914) 鼻窦置换疗法(914) 超声雾化吸入法(915)

第三节 鼻部常见疾病…… (916)

鼻骨骨折(916) 鼻腔异物(916) 鼻疖(917) 鼻前庭炎(918) 急性鼻炎(919) 慢性鼻炎(920) 萎缩性鼻炎(921) 过敏性鼻炎(923) 鼻息肉(924) 鼻中隔偏曲(925) 鼻出血(925) 急性化脓性鼻窦炎(928) 慢性化脓性鼻窦炎(929) 鼻前庭囊肿(931) 鼻窦粘液囊肿(932) 鼻窦浆液囊肿(933)

第四节 咽部常见疾病…… (933)

咽部异物(933) 急性咽炎(934) 慢性咽炎(935) 粒细胞缺乏性咽炎(937) 咽异感症(937) 急性扁桃体炎(938) 慢性扁桃体炎(939) 腺样体肥大(940) 扁桃体周围脓肿(941) 咽后脓肿(941) 咽旁脓肿(942) 咽部神经鞘膜瘤(943) 鼻咽血管纤维瘤(944) 鼻咽癌(945)

第五节 喉部常见疾病…… (946)

喉软化症(946) 喉外伤(946) 急性会厌炎(947) 急性喉炎(948) 急性喉、气管－支气管炎(949) 慢性喉炎(951) 急性喉梗阻(952) 癔病性失音(953) 喉乳头状瘤(954) 喉癌(954) 呼吸道异物(955) 食道异物(956)

第六节　耳部常见疾病……（957）
先天性耳前瘘管(957)　耳廓假性囊肿(958)　化脓性耳廓软骨膜炎(959)　急性外耳道炎及湿疹(960)　外耳道疖(960)　耵聍栓塞(961)　鼓膜外伤(962)　大疱性鼓膜炎(962)　慢性非化脓性中耳炎(964)　急性化脓性中耳炎(964)　慢性化脓性中耳炎(965)　耳源性并发症(966)　耳源性面神经麻痹(967)　梅尼埃病(968)　耳聋(970)　特发性突聋(973)　外耳道乳头状瘤(973)　中耳癌(974)
第十章　口腔科……（976）
第一节　治疗技术……（976）
拔牙麻醉(976)　口腔内浸润麻醉(976)　下牙槽神经阻滞麻醉(977)　上牙槽后神经麻醉(977)　牙拔除术(978)　龋齿的充填治疗(980)　牙本质过敏脱敏治疗(981)　牙髓病及根尖周病治疗术(982)
第二节　口腔科常见疾病……（987）
龋齿(987)　牙髓病(989)　根尖周病(992)　牙周病(993)　牙齿感觉过敏(995)　复发性口疮(996)　疱疹性口炎(998)　鹅口疮(1000)　口腔粘膜白斑(1000)　口腔扁平苔藓(1001)　干槽症(1002)　智齿冠周炎(1003)　颌骨骨髓炎(1004)　急性化脓性腮腺炎(1005)　慢性化脓性腮腺炎(1006)　颌下腺炎(1007)　闭合性口腔颌面部软组织损伤(1008)　开放性口腔颌面部软组织损伤(1009)　牙槽骨骨折(1010)　上颌骨骨折(1010)　下颌骨骨折(1012)　颧骨及颧弓骨折(1013)　口腔粘液腺囊肿(1014)　舌下腺囊肿(1015)　牙源性颌骨囊肿(1015)　牙龈瘤(1016)　血管瘤(1017)　造釉细胞瘤(1018)　混合瘤(1019)　牙龈癌(1020)　舌癌(1020)　唇癌(1021)　颞下颌关节脱位(1022)　唇裂(1023)　腭裂(1024)
第十一章　恶性肿瘤的诊断和治疗……（1026）
第一节　恶性肿瘤的诊断线索……（1026）
第二节　恶性肿瘤的诊断……（1029）
第三节　恶性肿瘤的治疗方法……（1031）

手术治疗(1032)　放射治疗(1034)　化学治疗(1038)　中医中药治疗(1046)　免疫治疗(1047)　内分泌治疗(1049)　其他治疗方法(1050)
第四节　恶性肿瘤的治疗原则 …… (1052)

第三篇　辅助检查与诊疗技术

第一章　临床实验室检查 …… (1056)
卫生部关于首批淘汰35项临床检验项目、方法的规定(摘要)(1056)
第一节　血液学及血液流变学检验 …… (1059)
血液学一般检查(1059)　血液学其他检查(1065)　止血与凝血障碍的检查(1069)　骨髓细胞检验及血细胞化学染色(1075)　血型与输血(1078)　血液流变学检查(1080)
第二节　一般临床检验 …… (1081)
尿液检验(1081)　粪便检验(1089)　痰液检验(1091)　胃液检验(1093)　十二指肠引流液检验(1096)　脑脊液检验(1098)　浆膜腔积液检验(1100)　精液检验(1101)　前列腺液检验(1103)　阴道分泌物检验(1103)
第三节　临床化学检验 …… (1104)
血清蛋白与含氮物质测定(1104)　糖类及其代谢物测定(1110)　脂类测定(1111)　酶类测定(1113)　无机离子测定(1116)　肝功能检查(1120)　血液气体与酸碱平衡测定(1121)　内分泌检验(1123)　尿液生化测定(1128)
第四节　免疫学检验 …… (1129)
非特异性免疫检验(1129)　体液免疫检验(1134)　细胞免疫学检验(1136)　红细胞免疫功能检验(1139)　自身抗体检测(1140)　肿瘤的免疫学检测(1142)　传染病的免疫学检测(1143)
第五节　细菌学检查 …… (1150)

普通细菌培养(1150)　某些标本的直接涂片镜检(1150)　厌氧菌的培养(1151)　L型细菌的培养(1151)　药物敏感试验(1151)　关于国际上已废除的细菌名称(1151)
第六节　分子生物学检验 …… (1153)
第七节　常用功能检查 …… (1154)
肾功能检查(1154)　肾上腺皮质功能检查(1156)　甲状腺功能检查(1158)
第二章　影像诊断检查技术 …… (1160)
第一节　普通X线检查 …… (1160)
第二节　常用的造影检查 …… (1161)
X线钡餐检查(1161)　钡灌肠检查(1163)　快速钡餐检查(1163)　低张十二指肠造影(1164)　小肠钡剂灌肠检查(1165)　食管双重对比检查(1165)　胃双重对比检查(1166)　小肠双重对比检查(1167)　结肠双重对比检查(1167)　空气或钡剂复位灌肠(1168)　口服胆囊造影(1169)　静脉胆道造影(1169)　经"T"形管胆道造影(1170)　经皮肝穿刺胆道造影(PTC)(1171)　内窥镜逆行性胆胰管造影(ERCP)(1171)　排泄性尿路造影(静脉肾盂造影IVP)(1171)　逆行肾盂造影(1173)　膀胱造影(1173)　尿道造影(1174)　子宫输卵管造影(1174)　心脏大血管造影(1175)　脑血管造影(1176)　支气管造影(1177)　椎管造影(1178)
第三节　数字减影血管造影(DSA) …… (1179)
第四节　X线电子计算机体层摄影(CT) …… (1180)
第五节　磁共振成像术(MRI) …… (1184)
第六节　介入性放射学 …… (1188)
经导管栓塞术(TCE)(1188)　经导管皮穿刺血管腔内成形术(PTA)(1190)　动脉内药物灌注(AI)(1191)　经导管皮穿刺活检(1192)　经导管采集标本、取血栓或异物(1192)　心脏介入性放射治疗(1193)　胆道介入性放射治疗(1193)　泌尿系介入性放射治疗(1193)　其他介入性放射治疗(1193)
第七节　放射性核素检查 …… (1194)

甲状腺动态显像(1194)　甲状腺静态显像(1194)　甲状腺显像的新技术和方法(1195)　肾显像(1195)　肝显像(1195)　骨显像(1196)　发射计算机断层仪(ECT)(1197)
第八节　超声检查及其临床应用 …… (1198)
第三章　心电图检查简介 …… (1201)
第四章　脑血流图、脑电图、诱发电位和肌电图简介 …… (1207)
脑血流图(1207)　脑电图(1208)　诱发电位(1210)　肌电图(1211)　神经传导速度(1211)
第五章　肺功能检查 …… (1213)
第六章　内窥镜检查 …… (1220)
纤维胃、十二指肠镜检查(1220)　紧急上消化道检查(1221)　逆行胰胆管造影(ERCP)(1222)　纤维胆道镜检查(1223)　小肠镜检查(1224)　纤维支气管镜检查(1225)　腹腔镜检查(1226)　纤维结肠镜检查(1228)　膀胱镜检查(1229)　子宫镜检查(1230)　膝关节镜检查(1231)
第七章　病变组织取材及病理学检查简介 …… (1233)
第一节　活体组织检查 …… (1233)
取材方法(1233)　固定(1237)　脱水、透明、浸蜡(1237)　包埋、制片、染色(1238)　活体病理组织检查的临床应用(1240)
第二节　脱落细胞学检查 …… (1240)
第八章　常用诊断技术 …… (1242)
青霉素、链霉素皮肤试验(1242)　细胞色素C皮肤试验(1243)　血清皮肤试验(1243)　破伤风抗毒素过敏试验(1244)　结核菌素皮肤试验(1245)　胸膜腔穿刺术(1246)　腹腔穿刺术(1247)　腰椎穿刺术(1248)　脑脊液动力学检查(1250)　骨髓穿刺术(1251)　肝脏活体组织穿刺术(1252)　肝脏穿刺抽脓术(1253)　肾脏穿刺活体组织检查(1254)　周围静脉压测定术(1256)　中心静脉压测定术(1257)　胃液分析(1258)　十二指肠液引流术(1258)　口服法葡萄糖耐量试验(1260)　禁饮试验(1261)　前列腺按摩术(1261)
第九章　常用治疗技术 …… (1263)

皮内注射法(1263)　皮下注射法(1263)　肌肉注射法(1264)　静脉注射法(1265)　静脉输液及输血(1265)　股静脉穿刺术(1266)　股动脉穿刺术(1267)　静脉切开术(1268)　氧气吸入法(1268)　鼻饲法(1270)　洗胃术(1271)　胃肠减压术(1272)　二囊三腔管的使用(1273)　胸腔闭式引流术(1275)　导尿术(1276)　颈内静脉、颈外静脉、锁骨下静脉穿刺插管法(1277)　口对口人工呼吸(1278)　心腔内注射(1279)　胸外心脏按压术(1279)　人工心脏起搏术(1280)　膀胱穿刺术(1281)

第四篇　临床常用药物

第一章　抗感染药 …… (1283)

第一节　抗生素 …… (1283)

青霉素(苄青霉素,青霉素G)(1283)　普鲁卡因青霉素(1283)　邻氯青霉素(氯唑青霉素)(1284)　苯唑青霉素(新青霉素Ⅱ)(1284)　氧哌嗪青霉素(哌拉西林)(1284)　氨苄青霉素(氨比西林)(1285)　羧苄青霉素(羧苄西林,卡比西林)(1285)　头孢氨苄(苯甘孢霉素,头孢立新,先锋霉素Ⅳ)(1285)　头孢噻吩(先锋霉素Ⅰ,噻孢霉素)(1286)　头孢唑啉(先锋霉素Ⅴ)(1286)　头孢拉定(头孢环己烯,先锋霉素Ⅵ)(1286)　头孢呋新(头孢呋肟)(1287)　头孢哌酮(先锋必)(1287)　头孢三嗪(头孢三嗪噻肟,菌必治)(1288)　头孢噻甲羧肟(头孢塔齐定,复达欣)(1288)　氯霉素(1288)　四环素(1289)　强力霉素(脱氧土霉素,多西环素)(1289)　红霉素(1289)　麦迪霉素(1290)　乙酰螺旋霉素(1290)　林可霉素(洁霉素)(1290)　多粘菌素B(1291)　庆大霉素(1291)　卡那霉素(1291)　丁胺卡那霉素(阿米卡星)(1292)　妥布霉素(妥布拉霉素)(1292)

第二节　磺胺药 …… (1293)

磺胺嘧啶(磺胺哒嗪)(1293)　双嘧啶(1293)　复方磺胺甲基异恶唑(复方新诺明)(1293)　磺胺嘧啶银(1294)　磺胺米隆(甲

磺灭脓)(1294)
第三节　抗真菌药物 …… (1294)
两性霉素 B(1294)　制霉菌素(1295)　克念菌素(1295)　克霉唑(三苯甲咪唑)(1295)　酮康唑(1295)　益康唑(1295)　硝酸咪康唑霜(达克宁霜)(1296)
第四节　抗病毒药 …… (1296)
吗啉胍(病毒灵)(1296)　三氮唑核苷(病毒唑)(1296)　聚肌胞(1297)　阿昔洛维(无环鸟苷)(1297)　阿糖腺苷(1297)　转移因子(1298)　干扰素(1298)　胸腺素(1298)
第五节　抗结核药物 …… (1299)
链霉素(1299)　异烟肼(雷米封)(1299)　对氨基水杨酸钠(对氨柳酸钠)(1299)　乙胺丁醇(1300)　利福平(甲哌力复霉素)(1300)　吡嗪酰胺(1300)
第六节　其他抗菌药物 …… (1301)
呋喃妥因(呋喃呾啶)(1301)　磷霉素(1301)　吡哌酸(比卜酸)(1301)　氟哌酸(诺氟沙星)(1301)　大观霉素(壮观霉素,淋必治)(1302)　甲硝唑(灭滴灵,甲硝哒唑)(1302)　呋喃唑酮(痢特灵)(1302)
第二章　麻醉药及麻醉辅助药 …… (1304)
第一节　全身麻醉药 …… (1304)
恩氟烷(安氟醚,氟甲氧氟烷)(1304)　异氟烷(异氟醚)(1304)　硫喷妥钠(1304)　氯胺酮(1305)
第二节　局部麻醉药 …… (1305)
普鲁卡因(奴佛卡因)(1305)　普鲁卡因肾上腺素注射液(1306)　利多卡因(赛罗卡因)(1306)　丁卡因(地卡因,潘托卡因)(1306)
第三节　肌肉松弛药 …… (1307)
氯化琥珀胆碱(司可林)(1307)　阿曲可宁(卡肌宁)(1307)
第三章　催眠镇静药 …… (1308)
苯巴比妥(鲁米那)(1308)　司可巴比妥(速可眠)(1308)　水合氯醛(1308)　安定(地西泮,苯甲二氮䓬)(1309)　硝基安定(硝

西泮)(1309)　三唑仑(海乐神)(1309)　咪达唑仑(速眠安)(1310)
第四章　抗癫痫及抗三叉神经痛药 …… (1311)
安定(地西泮,苯甲二氮䓬)(1311)　苯妥英钠(大仑丁)(1311)　苯巴比妥(鲁米那)(1312)　丙戊酸钠(1312)　卡马西平(酰胺咪嗪)(1312)　氯硝安定(氯硝西泮)(1313)　丙戊酰胺(癫健安)(1313)　舒乐安定(三唑安定)(1313)
第五章　其他神经和精神病用药 …… (1314)
阿米替林(1314)　多虑平(多塞平)(1314)　碳酸锂(1314)　氟哌啶醇(氟哌丁苯)(1315)　奋乃静(1315)　氯丙嗪(冬眠灵)(1315)　氟西泮(氟安定)(1316)　舒必利(止呕灵)(1316)　氟奋乃静(1316)　三氟拉嗪(1317)
第六章　镇痛药 …… (1318)
哌替啶(度冷丁)(1318)　芬太尼(1318)　吗啡(1318)　可待因(1319)　美沙酮(美散痛)(1319)　罗通定(颅痛定)(1319)　强痛定(AP－237)(1320)
第七章　解热镇痛非甾体抗炎药及抗痛风药 …… (1321)
乙酰水杨酸(阿斯匹林)(1321)　复方阿斯匹林(APC)(1321)　安乃近(诺瓦经)(1321)　布洛芬(异丁苯丙酸)(1322)　消炎痛(吲哚美辛)(1322)　炎痛喜康(吡罗昔康)(1322)　去痛片(索密痛片)(1322)　复方氨基比林注射液(1323)　丙磺舒(1323)　别嘌醇(别嘌呤醇)(1323)　秋水仙碱(1323)
第八章　抗震颤麻痹药 …… (1325)
左旋多巴(1325)　美多巴(1325)　苯海索(安坦)(1326)　东莨菪碱(1326)　开马君(丙环定)(1326)
第九章　抗偏头痛药 …… (1327)
麦角胺咖啡因片(1327)　苯噻啶(1327)
第十章　拟胆碱药及抗胆碱酯酶药 …… (1328)
新斯的明(1328)　吡啶斯的明(1328)　加兰他敏(强肌片)(1328)　腾喜龙(1329)
第十一章　中枢兴奋药和脑细胞营养药 …… (1330)

尼可刹米(可拉明)(1330)　洛贝林(山梗菜碱)(1330)　安钠咖(苯甲酸钠咖啡因)(1330)　美解眠(贝美格)(1331)　胞二磷胆碱(尼可林)(1331)　回苏灵(二甲弗林)(1331)　氯酯醒(遗尿丁)(1332)　克脑迷(1332)　吡硫醇(脑复新)(1332)　脑复康(酰胺吡咯烷酮)(1332)　都可喜(1333)　脑活素(1333)
第十二章　心血管药 …… (1334)
第一节　强心甙 …… (1334)
洋地黄(毛地黄)(1334)　地高辛(狄戈辛)(1334)　毛花甙丙(西地兰)(1335)　毒毛旋花子甙K(1335)
第二节　抗心律失常药 …… (1335)
奎尼丁(1335)　慢心律(美西律)(1336)　利多卡因(赛罗卡因)(1336)　异搏定(戊脉安,维拉帕米)(1336)　胺碘酮(乙胺碘呋酮)(1337)　心律平(普罗帕酮)(1337)　普鲁卡因胺(1337)　心得宁(普萘洛尔)(1338)
第三节　抗心绞痛及血管扩张药 …… (1338)
硝酸甘油(1338)　硝酸异山梨醇酯(消心痛)(1338)　普尼拉明(心可定)(1339)　烟酸肌醇酯(1339)　硝苯吡啶(心痛定)(1339)　脑益嗪(桂利嗪)(1340)　环扁桃酯(抗栓丸)(1340)　地尔硫䓬(硫氮䓬酮,恬尔心)(1340)　氟桂嗪(西比灵)(1340)　尼莫地平(1341)
第四节　抗高血压药 …… (1341)
利血平(蛇根碱)(1341)　复方降压片(1341)　哌唑嗪(1342)　倍他乐克(美多心安,美托洛尔)(1342)　氢氯噻嗪(双氢克尿塞)(1342)　硝普钠(1342)　卡托普利(巯甲丙脯酸,开搏通)(1343)　硝苯吡啶(心痛定)(1343)　普萘洛尔(心得安)(1343)
第五节　降血脂药 …… (1343)
烟酸肌醇酯(1343)　非诺贝特(普鲁脂芬)(1343)　安妥明(氯苯丁酯)(1344)　吉非罗齐(诺衡)(1344)
第十三章　抗休克的血管活性药 …… (1345)
肾上腺素(副肾素)(1345)　去甲肾上腺素(正肾素)(1345)　异丙肾上腺素(喘息定)(1346)　间羟胺(阿拉明)(1346)　多巴胺

(3－羟酪胺)(1346)　多巴酚丁胺(1347)　酚妥拉明(利及丁，瑞吉亭)(1347)
第十四章　呼吸系统药物 …… (1348)
第一节　镇咳祛痰药 …… (1348)
可待因(1348)　咳必清(维静宁)(1348)　咳快好(苯丙哌啶，科福乐，苯哌丙烷)(1348)　美沙芬(右甲吗南)(1349)　克咳敏(双氧异丙嗪)(1349)　氯化铵(1349)　必嗽平(溴己胺，溴己新)(1349)
第二节　平喘药 …… (1350)
氨茶碱(1350)　麻黄碱(1350)　异丙肾上腺素(1350)　沙丁胺醇(舒喘灵，喘乐宁)(1351)　博利康尼(间羟舒喘宁，特布他林)(1351)　色甘酸钠(色甘酸二钠，咽泰)(1351)　核酪注射液(1352)
第十五章　消化系统药物 …… (1353)
第一节　制酸药和抗消化性溃疡药 …… (1353)
氢氧化铝凝胶(1353)　胃舒平(复方氢氧化铝)(1353)　三硅酸镁(三硒酸镁)(1353)　乐胃片(乐得胃)(1354)　硫糖铝(1354)　丙谷胺(二丙谷酰胺)(1354)　西米替丁(甲氰咪胍)(1354)　雷尼替丁(甲硝呋胍)(1354)　法莫替丁(1355)　洛赛克(1355)
第二节　解痉药 …… (1355)
阿托品(1355)　山莨菪碱(654—2)(1356)　东莨菪碱(1356)　普鲁本辛(溴化丙胺太林)(1357)　复方颠茄(1357)　吗丁啉(多潘立酮)(1357)
第三节　催吐与止吐药 …… (1358)
阿朴吗啡(去水吗啡)(1358)　甲氧氯普胺(胃复安，灭吐灵)(1358)　维生素 B_6(吡多辛)(1358)
第四节　泻药与止泻药 …… (1359)
硫酸镁(泻盐)(1359)　酚酞(1359)　液状石蜡(石蜡油)(1359)　开塞露(1359)　次碳酸铋(碱式碳酸铋)(1359)　复方地芬诺酯(复方苯乙哌啶)(1360)　易蒙停(哌丁胺)(1360)
第五节　助消化药及消气药 …… (1360)

历代中医资料大全分享

你好，我是逢原，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 **QQ/微信：2049346637**

三、关注微信公众平台——**逢原中医**，经常有中医文章更新。

四、关注我的**空间**：**http://user.qzone.qq.com/2049346637**

免责申明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。

私人微信号：2049346637

公众平台：逢原中医

乳酶生(表飞鸣)(1360)　多酶片(1360)　胃蛋白酶(胃液素)(1361)　干酵母(1361)　维酶素(1361)　消胀片(二甲基硅油片)(1361)
第六节　肝、胆用药……(1362)
肌苷(次黄嘌呤核苷)(1362)　精氨酸(1362)　肝泰乐(葡醛内酯)(1362)　益肝灵(水飞蓟素)(1363)　阿卡明(1363)　联苯双酯(1363)　肝炎灵(1363)　支链氨基酸(肝安)(1363)　马洛替酯(1364)　猪苓多糖注射液(1364)　胆酸钠(1364)　去氢胆酸(1364)　利胆酚(柳氨酚)(1365)
第十六章　利尿药和脱水药……(1366)
呋喃苯胺酸(速尿)(1366)　氢氯噻嗪(双氢克尿塞)(1366)　螺旋内酯(安体舒通)(1367)　氨苯喋啶(1367)　乙酰唑胺(醋氨酰胺)(1367)　甘露醇(1367)　山梨醇注射液(1368)　高渗葡萄糖(1368)
第十七章　血液系统药物……(1369)
第一节　抗贫血药……(1369)
硫酸亚铁(1369)　枸橼酸铁铵(1369)　维生素 B_{12}(氰钴胺)(1369)　叶酸(维生素 M)(1370)
第二节　抗凝、抗栓和止血药……(1370)
肝素钠(1370)　枸橼酸钠(1370)　链激酶(溶栓酶)(1370)　尿激酶(1371)　蝮蛇抗栓酶(1371)　维生素 K(1372)　止血敏(酚磺乙胺)(1372)　6－氨基己酸(1372)　止血芳酸(氨甲苯酸)(1373)　安络血(安特诺新,肾上腺色腙)(1373)　垂体后叶素(1373)　明胶海绵(1374)
第三节　促进白细胞增生药……(1374)
鲨肝醇(1374)　利血生(1374)　维生素 B_4(腺嘌呤)(1374)　茜草双酯(1375)
第四节　血浆代用品……(1375)
右旋糖酐 70(中分子右旋糖酐)(1375)　右旋糖酐 40(低分子右旋糖酐)(1375)　羟乙基淀粉(706 代血浆)(1375)
第十八章　抗过敏药……(1377)

苯海拉明(苯那君)(1377)　扑尔敏(氯苯吡胺)(1377)　异丙嗪(非那根)(1378)　息斯敏(阿司咪唑)(1378)　赛庚啶(1378)　氯化钙(1378)　葡萄糖酸钙(1379)　维丁胶性钙(1379)

第十九章　激素类及内分泌药 …… (1380)

第一节　肾上腺皮质激素及其合成品 …… (1380)

强的松(泼尼松,去氢可的松)(1380)　地塞米松(氟美松)(1380)　氢化可的松(1381)　强的松龙(氢化泼尼松)(1381)　氟轻松(肤轻松)(1381)

第二节　性激素 …… (1381)

甲基睾丸素(1381)　丙酸睾丸素(1382)　己烯雌酚(乙菔酚,乙烯雌酚)(1382)　黄体酮(1382)　苯丙酸诺龙(1382)　催产素(缩宫素)(1383)　麦角新碱(1383)

第三节　甲状腺素及抗甲状腺素 …… (1383)

甲状腺素(1383)　甲基硫氧嘧啶(1384)　丙基硫氧嘧啶(1384)　甲巯基咪唑(他巴唑)(1384)　碘化钾合剂(1385)

第四节　降血糖药 …… (1385)

胰岛素(1385)　降糖灵(苯乙双胍)(1385)　甲苯磺丁脲(D-860)(1386)　氯磺丙脲(1386)　优降糖(1386)　格列齐特(甲磺吡脲,达美康)(1386)

第二十章　维生素类药物 …… (1388)

维生素 A(1388)　维生素 B_1(盐酸硫胺)(1388)　维生素 B_2(核黄素)(1388)　维生素 B_6(吡多辛)(1389)　维生素 B_{12}(1389)　呋喃硫胺(1389)　复合维生素 B(1389)　维生素 C(抗坏血酸)(1389)　维生素 E(生育酚)(1390)　维生素 D_2(骨化醇)(1390)　维生素 D_3(胆骨化醇)(1390)　泛酸钙(1390)

第二十一章　调节水、电解质、酸碱平衡药及输液 …… (1391)

葡萄糖(1391)　氯化钠注射液(生理盐水)(1391)　复方氯化钠(林格注射液)(1391)　葡萄糖氯化钠注射液(1392)　氯化钾(1392)　碳酸氢钠(小苏打)(1392)　复方氨基酸注射液(11 种,14 种,17 种)(1392)　低分子右旋糖酐(1393)　脂肪乳注射液(1393)

第二十二章　抗寄生虫药 …… (1394)
第一节　驱肠虫药 …… (1394)
吡喹嗪(驱蛔灵)(1394)　左旋咪唑(左咪唑)(1394)　阿苯达唑(肠虫清,丙硫咪唑)(1394)　安乐士(甲苯咪唑)(1395)
第二节　抗血吸虫病药 …… (1395)
吡喹酮(1395)
第三节　抗血丝虫病药 …… (1396)
左旋咪唑(1396)
第四节　抗阿米巴和滴虫药 …… (1396)
甲硝唑(1396)
第五节　抗疟药 …… (1396)
氯喹(1396)　伯氨喹(1396)　乙胺嘧啶(1397)
第二十三章　抗肿瘤药及增强免疫的药物 …… (1398)
环磷酰胺(癌得星)(1398)　噻替哌(三胺硫磷)(1398)　氟尿嘧啶(5－氟尿嘧啶,5－Fu)(1398)　喃氟啶(呋氟尿嘧啶,FT－20)(1399)　甲氨喋呤(氨甲叶酸)(1399)　阿糖胞苷(Ara－C)(1399)　长春新碱(醛基长春碱)(1400)　博来霉素A_5(平阳霉素)(1400)　阿霉素(14－羟正定霉素)(1400)　丝裂霉素C(自力霉素)(1400)　转移因子(TF)(1401)　胸腺素(1401)　干扰素(1401)
第二十四章　解毒药 …… (1402)
第一节　重金属中毒解救药 …… (1402)
二巯基丙醇(1402)　二巯基丙磺酸钠(1402)　依地酸钙钠(1403)
第二节　氰化物中毒解救药 …… (1403)
硫代硫酸钠(大苏打)(1403)　亚甲蓝(美蓝)(1403)
第三节　有机磷中毒解救药 …… (1404)
阿托品(1404)　解磷定(碘解磷定)(1404)　氯磷定(1404)　双复磷(1404)
第二十五章　生物制品及酶制剂 …… (1406)
第一节　抗毒素 …… (1406)

精制破伤风抗毒素(TAT)(1406)
第二节　血液制品 …… (1406)
人血丙种球蛋白(1406)　人血白蛋白(1407)
第三节　酶制剂及其他 …… (1407)
糜蛋白酶(1407)　辅酶 A(Co　A)(1407)　三磷酸腺苷(ATP)(1408)　辅酶 Q10(Co－Q_{10})(1408)　能量合剂 (1408)　细胞色素 C(1408)　去氧核糖核酸(DNA)(1409)
第二十六章　诊断用药 …… (1410)
硫酸钡(1410)　泛影葡胺(1410)　胆影葡胺(1410)　碘番酸(1411)
第二十七章　眼、耳鼻喉、口腔科用药 …… (1412)
第一节　眼科用药 …… (1412)
阿昔洛维滴眼液(无环鸟苷滴眼液)(1412)　疱疹净滴眼液(1412)　三氮唑核苷滴眼液(病毒唑滴眼液)(1412)　氯霉素滴眼液(1412)　磺胺醋酰钠滴眼液(斑马牌眼药水)(1413)　金霉素眼膏(1413)　红霉素眼膏(1413)　四环素眼膏(1413)　地塞米松滴眼液(1413)　氢化可的松滴眼液(1413)　硫酸锌滴眼液(1414)　阿托品滴眼液(1414)　毛果芸香碱滴眼液(匹鲁卡品滴眼液)(1414)　噻吗洛尔滴眼液(噻吗心安滴眼液)(1414)　地卡因滴眼液(1415)　白内停滴眼液(1415)　普罗碘铵(安妥碘)(1415)
第二节　耳鼻喉科用药 …… (1415)
硼酸酒精滴耳液(1415)　地磷滴耳液(1415)　复方薄荷滴鼻剂(毕卡他油)(1416)　复方麻黄素滴鼻剂(1416)
第三节　口腔科用药 …… (1416)
复方硼酸钠溶液(朵贝溶液)(1416)　碳酸氢钠溶液(1416)　碘甘油(1417)　牙周宁片(1417)
第二十八章　皮肤科及外用药 …… (1418)
克霉唑霜(1418)　硝酸咪康唑霜(1418)　复方苯甲酸涂剂(怀氏液)(1418)　复方康纳乐霜(复方曲安缩松霜)(1418)　氯倍他索软膏(1418)　氟轻松软膏(1419)　氯化氨基汞软膏

(白降汞软膏)(1419)　鱼石脂软膏(1419)　尿素脂(1419)
氧化锌软膏(1419)　硫磺软膏(1420)　鸡眼膏(1420)　复方
炉甘石洗剂(1420)　酒精(乙醇)(1420)　碘酒(碘酊)(1420)
甲紫(龙胆紫)(1421)　过氧化氢溶液(双氧水)(1421)　洗必
泰溶液(1421)　苯扎溴铵器械液(新洁尔灭器械液)(1421)
过氧乙酸(1421)　乳酸(1422)　甲醛溶液(福尔马林)(1422)
碘伏(1422)
附录　人体检验正常值 …… (1423)
血液(1423)　血液流变学(1427)　血液化学(1427)　血清酶学
(1429)　骨髓(1430)　免疫学检验(1432)　内分泌功能检测(1434)
肾功能试验(1437)　肺功能测定(1438)　尿液检验(1440)　胃液
(1441)　脑脊液检验(1442)　心导管检查(1442)　心脏超声检查
(1443)　超声测量(1443)

第一篇

常见症状与危重症的诊断与治疗

第一章　常见症状的诊断与治疗

发　　热

【病因】

（一）感染性疾病：各种病原体引起的感染，不论急性、亚急性、慢性，也不论局部或全身，均可出现发热。

1. 传染病：常见的有结核病、伤寒及副伤寒、布鲁菌病、疟疾、阿米巴病、急性血吸虫病等。

2. 普通感染性疾病：常见的有胆道感染、泌尿系感染、深部真菌病、败血症及局灶性感染，如中耳炎、副鼻窦炎、感染性心内膜炎、盆腔炎、腹部脓肿及骨髓炎等。

（二）非感染性疾病：

1. 无菌性坏死物质的吸收：大手术、内出血、大血肿、大面积烧伤、内脏梗死或肢体坏死。

2. 血液病：白血病、恶性网状组织细胞病。

3. 结缔组织病：风湿热、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、皮肌炎、结节性多动脉炎、Wegener 肉芽肿、变应性亚败血症等。

4. 恶性肿瘤：恶性淋巴瘤、肝癌、肾癌、类癌等。

5. 内分泌与代谢障碍：甲亢、严重脱水等。

6. 体温调节中枢功能失常：中暑、安眠药中毒、脑出血、硬膜下出血、脑震荡等。

7. 其他：皮肤散热障碍、植物神经功能紊乱。

【诊断要点】

（一）病史：有些疾病根据病史和典型的症状即可做出初步诊断，如周期性和间歇性寒战、高热、大量出汗而无毒血症即可拟诊为疟疾；起病缓

慢、热程长呈稽留热型应考虑伤寒；热程达1～2周以上应考虑风湿热、结核病、败血症、肿瘤、结缔组织病。

（二）伴随症状及体征：发热伴咳嗽、咯痰、胸痛多见于肺炎；伴有心脏病理性杂音、心包摩擦音多见于风湿热、心内膜炎、心包炎；伴有头痛、呕吐、脑膜刺激征或昏迷多见于颅内感染；伴有皮疹多见于急性传染病、风湿性疾病、药物热；伴呕吐、腹泻、腹痛应考虑消化道感染；伴有右上腹痛、黄疸应考虑肝胆疾病；伴有淋巴结肿大及肝脾肿大多见于血液病；伴有腰酸、腰痛、尿急、尿频、尿痛多见于尿路感染；伴有出血多见于白血病、再生障碍性贫血、败血症、流行性出血热等。

（三）辅助检查：

1. 白细胞计数正常或减低多见于疟疾及病毒感染，增高见于细菌感染；嗜酸性细胞减少多见于伤寒和严重感染；血涂片查找疟原虫、微丝蚴是诊断疟疾、丝虫病的重要依据；尿常规出现大量脓细胞多见于尿路感染；脑脊液检查对诊断中枢神经系统疾患有帮助；血培养可得出细菌感染证据；肥达反应常用于伤寒、副伤寒的诊断；外斐试验用于诊断斑疹伤寒、羌虫病；凝集溶解试验用于诊断钩端螺旋体病；补体结合试验用于诊断流行性乙型脑炎、森林脑炎、登革热；间接免疫荧光试验用于诊断流行性出血热；嗜异性凝集试验用于诊断传染性单核细胞增多症；抗链球菌溶血素"O"试验（ASO）可用以帮助诊断风湿热等。

2. 有指征时摄X线胸片、胃肠钡透、钡剂灌肠造影、超声波、各种穿刺、活组织检查，以及CT、核磁共振（MRI）等。

【治疗】

（一）积极查明病因，进行病因治疗。为了不干扰热型，未明确病因前尽量不用解热剂及糖皮质激素。

（二）试验治疗：疑似感染性疾病可于血、尿、痰、穿刺液培养等检查后，试投针对某种疾病敏感的抗生素、抗结核药物，如疑似疟疾可试用氯喹；疑似阿米巴肝脓肿给予灭滴灵等试验性治疗。

（三）高热的处理：

1. 支持疗法：卧床休息，多饮水，补充能量，维持水与电解质平衡，给予维生素B、维生素C。

2. 物理降温：冰袋置前额及颈部、腋窝、腹股沟等大血管走行处；或

者用酒精、温水擦浴，冰水灌肠。

3．药物降温：宜从小剂量开始，可选用阿斯匹林、消炎痛、安乃近、复方氨基比林注射液、柴胡注射液或复方奎宁。小儿多用亚冬眠疗法．过高热时可短期应用激素。

咳嗽与咯痰

【病因】

（一）呼吸道疾病：咽、喉、气管、支气管和肺的刺激性气体吸入、异物、炎症、肿瘤、出血等刺激，均可引起咳嗽。

（二）胸膜疾病：胸膜炎或胸膜受刺激，如自发性气胸等。

（三）心脏病：二尖瓣狭窄或其他原因所致左心功能不全引起的肺瘀血和肺水肿。

【诊断要点】

（一）临床表现：

1．咳嗽的性质：咳嗽而无痰或痰量甚少，称为干性咳嗽，常见于急性咽、喉炎与急性支气管炎的初期、胸膜炎、轻症肺结核。咳嗽伴有痰液时，常见于肺炎、慢性咽炎、慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿与空洞型肺结核等。

2．咳嗽出现的时间与节律：骤然发生的咳嗽，多由于急性上呼吸道炎症及气管、支气管内异物引起。长期的慢性咳嗽，多见于慢性支气管炎、支气管扩张、慢性肺脓肿、空洞型肺结核等。慢性支气管炎、支气管扩张与肺脓肿患者往往于清晨起床或夜间卧下时咳嗽加剧，并继而咯痰。

3．咳嗽的音色：咳嗽声音嘶哑是声带发炎或肿瘤所致，可见于喉炎、喉结核、喉癌等。犬吠样咳嗽多见于会厌、喉头疾患或气管受压。咳嗽声音低微可见于极度衰弱或声带麻痹患者。金属音调咳嗽可由于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌直接压迫气管所致。

4．痰的性质和痰量：痰的性质可分为粘液性、浆液性、脓性、粘液脓性、浆液血性、血性等。急性呼吸道炎症时痰量常少；支气管扩张、空洞型肺结核、肺脓肿等痰量较多。

（二）伴随症状：

1．咳嗽伴发热常见于呼吸道感染、支气管扩张并发感染、胸膜炎等。

2. 咳嗽伴胸痛者可见于肺炎、胸膜炎、支气管癌、自发性气胸等。

3. 伴体重减轻者须注意肺结核、支气管癌等。

4. 伴呼吸困难者常见于重症心肺疾病、大量胸腔积液、自发性气胸等。

5. 伴哮鸣音者可见于支气管哮喘、痉挛性支气管炎、心源性哮喘、气管内异物等。

6. 伴杵状指(趾)者见于支气管扩张、慢性肺脓肿等。

(三)辅助检查：

1. 实验室检查：痰细菌学检查、痰涂片等。

2. 胸部X线拍片及透视，有指征时做支气管造影、纤维支气管镜检查等。

【治疗】

(一)病因治疗。

(二)对症治疗：止咳、祛痰等。

咯　血

【病因】

(一)呼吸系统疾病：

1. 支气管疾病：支气管扩张、支气管炎、支气管结核、支气管癌、支气管异物等。

2. 肺部疾病：肺结核、肺炎、肺脓肿、肺梗死、恶性肿瘤肺转移、肺寄生虫病等。

(二)心血管系统疾病：风湿性心脏病二尖瓣狭窄、急性肺水肿、室间隔缺损、肺动静脉瘘破裂、原发性肺动脉高压症等。

(三)血液疾病：血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、血友病、白血病等。

(四)其他：流行性出血热、钩端螺旋体病、肝脏病、结节性多动脉炎、肺出血肾炎综合征等。

【诊断要点】

(一)首先排除鼻咽部出血。

(二)咯血与呕血的鉴别：

1. 咯血常先有喉痒痛、胸闷不适、咳嗽等，血因是从气管咳出，常带泡沫，呈弱碱性，色鲜红。

2. 呕血常先有上腹不适、恶心、呕吐等，血是呕出，呈酸性，色暗红或咖啡色样，常混有胃内容物，有黑便、肝病或胃病史和体征。

（三）以确切的病史和全面的体格检查为诊断依据，如详细了解患者年龄、居住地、心肺病史、血液病史、结核病史等。

（四）咯血的症状和伴随症状：大叶性肺炎时常咯铁锈色痰；肺脓肿或支气管扩张咯脓血痰；肺炎杆菌咯胶冻样血痰；急性肺水肿咯粉红色泡沫样痰；肺梗死咯暗红色血痰；肺阿米巴病常咯巧克力色样痰。

1. 咯血伴发热可见于肺结核、肺炎、肺脓肿等。

2. 咯血伴胸痛可见于肺梗死、大叶性肺炎、支气管癌等。

3. 咯血伴呛咳见于支气管癌、支气管异物、支原体肺炎。

4. 咯血伴皮肤粘膜出血多见于血液病、流行性出血热、钩端螺旋体病等。

（五）辅助检查：血沉、白细胞计数及分类、血小板计数、出凝血时间、肝功能等可以发现某些全身性疾患引起的咯血，必要时可痰查癌细胞、抗酸杆菌、阿米巴原虫、肺吸虫卵等。胸部X线检查可明确大部分呼吸系统及部分心血管疾病所致的咯血，进一步检查可根据不同情况进行心电图、纤维支气管镜、心导管、B超、放射性核素扫描、CT、磁共振等检查。

【治疗】

（一）大（中）量咯血：

1. 防止呼吸道阻塞：

（1）镇静、休息：烦躁不安时可用安定10mg，肌注；或者用苯巴比妥30mg，3次/d，口服。

（2）取患侧卧位或半卧位。

（3）保持大便通畅。

（4）准备吸引器及吸引导管，有梗死时立即插管用吸引器吸引，无效时进行紧急纤维支气管镜插入气管内吸引，术后需抗感染治疗。

2. 止血措施：

（1）止血药首选垂体后叶素。5～10u加入25%葡萄糖40ml中缓慢静脉注射，依出血量每4～6h或8～12h 1次。出血逐渐减少，咯血停止

3d 后停用。高血压患者、孕妇忌用，可改用 0.5% 普鲁卡因 10～20ml 加葡萄糖 20ml 缓慢静脉注射，3～4 次/d，或 0.5% 普鲁卡因加 500ml 葡萄糖液中静滴，1～2 次/d。同时可选用一般止血药物，如安络血 10mg 或维生素 $K_1$10mg 肌注，2～3 次/d，6 · 氨基己酸 2～3g 加葡萄糖液 20ml 中缓慢静注，2 次/d；止血芳酸 200～500mg 溶于葡萄糖液或生理盐水 500ml 中静滴；其他止血药(如三七片、云南白药)可酌情选用。

(2)反复大咯血或有凝血机制障碍者可酌情输新鲜血液。

(3)维持呼吸功能：如吸氧，忌用吗啡类呼吸中枢抑制剂等。

(4)经上述处理无效者可行人工气腹肺萎陷疗法或行肺段或肺叶切除术。

3. 窒息的治疗：如果在咯血过程中，突然咯血停止，患者高度紧张，烦躁不安，急起坐咳嗽而咯不出，迅速出现紫绀，提示窒息，应及时抢救。立即让患者置于头低脚高侧卧位，用手拍患者背部，帮助将气道内血块排出，保持呼吸道通畅；高流量给氧，静注可拉明、洛贝林，有条件应做气管插管等。禁用可待因和吗啡。

4. 积极治疗原发病，防止复发。

(二)小量咯血：卧床休息，口服或肌注常用止血剂，着重病因治疗。

胸　痛

【病因】

(一)胸壁疾病：软组织炎症、带状疱疹、流行性肌痛、肋软骨炎及肋间神经痛等。

(二)呼吸系统疾病：肺炎、肺结核、胸膜炎、肺癌、气胸等。

(三)心血管系统疾病：心绞痛、急性心肌梗死、心肌病、肺梗死、心肌炎、心包炎等。

(四)其他：食管炎、食道癌、纵隔肿瘤、肝脓肿、膈下脓肿。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1. 影响胸痛的因素：心绞痛常于劳累或紧张时诱发，呈阵发性，含化硝酸甘油后迅速缓解。心肌梗死常呈持续性剧痛，含化硝酸甘油后不能缓解。心脏神经官能症所致胸痛则常因运动而好转。胸膜炎、自发性气

胸、心包炎的胸痛常因咳嗽或深呼吸而加剧。

2. 胸痛的部位：自发性气胸、急性胸膜炎、肺梗死等常呈患侧的剧烈胸痛；心绞痛与心肌梗死的疼痛常位于胸骨后或心前区；食管疾患、纵隔肿瘤的疼痛也位于胸骨后；流行性肌痛时出现的胸、腹部肌肉剧烈疼痛，可向肩、颈部放射；胸壁皮肤疾患常在患处皮肤出现红、肿、热、痛等改变。

3. 胸痛的性质：心绞痛常呈压榨样痛，可伴有窒息感；肋间神经痛呈阵发性的灼痛或刺痛；肌痛则呈酸痛；骨病呈酸痛或刺痛；食管炎、膈疝常呈灼痛。

4. 胸痛的伴随症状：气管、支气管、胸膜疾病所致胸痛常伴咳嗽；食管疾病所致的胸痛常伴吞咽困难；肺结核、肺梗死、原发性肺癌的胸痛常伴咯血。心绞痛、心肌梗死常在高血压动脉硬化的基础上发生。大叶性肺炎、自发性气胸、胸膜炎等胸痛常伴有呼吸困难。

(二)辅助检查：

1. 胸部外伤、炎症等疾病常经视诊及触诊可确诊。

2. 疑为内脏疾病所致的胸痛，除详细体格检查和常规检验外需做胸部X线及心电图检查，必要时做食管钡透、食管镜，以及胸部B超、CT和MRI等检查。

【治疗】

(一)病因治疗。

(二)镇痛剂：可选用阿斯匹林0.3～0.5g/次，2～3次/d；去痛片1～2片/次，2～3次/d；消炎痛25mg/次，3次/d；颅通定30～60mg/次，2～3次/d。

(三)麻醉剂：恶性肿瘤晚期引起的胸痛，可选用盐酸吗啡10mg，皮下注射；哌替啶50～100mg，皮下注射；可待因15～30mg/次，3次/d，口服或皮下注射，开始剂量要小，间隔时间要长，也可与一般止痛剂交替使用。

(四)局部封闭：肋间神经痛或外伤引起的局部疼痛，可用1%普鲁卡因5～10ml局部封闭或肋间神经阻滞麻醉。

呼吸困难

【病因】

(一)肺源性：

1. 呼吸道阻塞、炎症、水肿、痉挛、支气管哮喘、异物或肿瘤所致的狭窄和梗阻。

2. 肺实质病变：肺炎、肺结核、肺气肿、肺水肿、肺不张、肺梗死、广泛性肺纤维化等。

3. 胸膜病变：大量胸腔积液、积气、胸膜广泛粘连等。

4. 膈肌运动受限：如高度鼓肠、大量腹水、腹腔内巨大肿瘤等。

(二)心源性：各种器质性心脏病引起的心功能不全，尤其是左心功能不全。

(三)血源性：重度贫血、大出血。

(四)中毒性：

1. 酸中毒、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒。

2. 药物中毒：如吗啡、巴比妥类药物急性中毒。

3. 化学毒物中毒：如一氧化碳、氰化物、亚硝酸盐和苯胺中毒，高铁血红蛋白血症，硫化血红蛋白血症等。

4. 毒血症。

(五)神经精神性：如脑出血、肿瘤压迫、外伤所致呼吸中枢功能障碍，癔病，重症肌无力等。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1. 肺源性：

(1)吸气性呼吸困难：吸气显著困难，吸气时间明显延长，严重者呼吸肌高度紧张，胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙在吸气时明显凹陷(称为三凹征)，常伴有干咳及高调的吸气性哮鸣音。

(2)呼气性呼吸困难：呼气费力、延长而缓慢，常伴有哮鸣音。

(3)混合性呼吸困难：吸气及呼气时均费力，呼吸频率增加。

2. 心源性：劳动时发作或加重，休息时减轻或缓解，仰卧位时加重，坐位时减轻。急性左心功能不全时，常发生夜间阵发性呼吸困难，重症者

常伴气喘、紫绀、哮鸣音、双肺湿啰音、心率加快、咯粉红色泡沫样痰，称为心源性哮喘。

3. 其他：酸中毒时常出现深长呼吸；吗啡类、巴比妥类药物急性中毒时，可呈潮式呼吸。

（二）伴随症状：

1. 发作性呼吸困难伴窒息感，可见于支气管哮喘、心源性哮喘、癔病等。

2. 呼吸困难伴一侧胸痛可见于大叶性肺炎、胸膜炎、自发性气胸、肺结核、肺梗死、支气管癌、急性心包炎、急性心肌梗死等。

3. 呼吸困难伴发热见于肺炎、胸膜炎、肺结核、肺脓肿、肺梗死、急性心包炎等。

（三）辅助检查：常规化验、二氧化碳结合力测定、血气分析、胸部X线片，有指征时做心电图、纤维支气管镜检查，必要时做胸腔穿刺检查。

【治疗】

（一）积极治疗原发病。

（二）氧疗及呼吸机应用。

（三）对症治疗：各种急性病因所致的呼吸困难应予相应治疗，如喉梗阻行气管切开；气胸、胸腔积液行穿刺抽吸或闭式引流；哮喘用氨茶碱或激素；急性左心衰竭用吗啡、利尿剂、强心剂及扩血管药物，并交替束扎四肢近端。

（四）康复治疗：呼吸肌肌力锻炼，长期氧疗。

胸腔积液

【病因】

（一）感染性：结核性胸膜炎、化脓性胸膜炎、阿米巴脓胸等。

（二）肿瘤：肺癌、乳腺癌、胸膜转移癌、胸膜间皮细胞瘤、恶性淋巴瘤。

（三）结缔组织病及变态反应性疾病：风湿性胸膜炎、类风湿性胸腔积液、结缔组织病并发胸膜炎。

（四）其他：心力衰竭、缩窄性心包炎、肾病综合征、肝硬化、胸部外伤等。

【诊断要点】

(一)临床表现:可有胸闷、气短,积液量大时可有呼吸困难,甚至端坐呼吸及紫绀。

(二)胸部X线检查:了解有无心脏扩大、胸腔积液及肺部情况。

(三)超声检查:确定有无胸腔积液及积液量,了解胸膜厚度,指导正确穿刺部位。

(四)胸腔穿刺与胸膜活检:胸水化验及胸膜病理活检可进一步明确诊断。

【治疗】

(一)积极治疗原发病,通过反复多次抽液,可进行局部给药。

(二)加强支持疗法,如补充血浆蛋白等。

呕　　吐

【病因】

(一)反射性呕吐:

1. 咽刺激。

2. 胃十二指肠疾病:如胃粘膜刺激或炎症,各种原因的幽门梗阻。

3. 其他消化系统疾病:腹腔脏器急性炎症、急性黄疸型肝炎、肠梗阻等。

4. 循环系统疾病:急性心肌梗死、心功能不全、低血压、休克等。

5. 其他:青光眼、肾绞痛等。

(二)中枢性呕吐:

1. 中枢神经系统疾病:脑血管病变、中枢神经感染、偏头痛、脑肿瘤、颅脑外伤、呕吐型癫痫、脑积水等。

2. 药物或化学毒物的作用,如吗啡、洋地黄、氮芥、环磷酰胺等。

3. 其他:低钠血症、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、甲状腺危象、肾上腺皮质功能减退。

(三)前庭障碍性呕吐:迷路炎、梅尼埃病、晕动病。

(四)神经官能性呕吐:常见于癔病。

【诊断要点】

(一)主要症状:注意呕吐发生的时间,呕吐物的性质和量,以及与进

食、饮酒、药物、精神因素等的关系。

(二)伴随症状：

1. 伴眩晕、眼球震颤者常见于前庭器官疾病。

2. 伴剧烈头痛者可见于颅内高压症、偏头痛、急性全身性感染疾病的早期、青光眼等。

3. 伴皮肤苍白、出汗、血压下降，可见于前庭功能障碍、休克等。

4. 伴腹泻常见于急性胃肠炎、细菌性食物中毒、甲状腺危象、肾上腺皮质功能减退等。

(三)辅助检查：血、尿常规检查，血糖、血尿素氮及电解质测定，脑脊液化验，呕吐物分析，粪便致病菌培养等。必要时行X线胃肠透视、胃镜、脑电图、超声、放射性核素脑扫描、脑血管造影等。有指征时可做前庭功能检查。

【治疗】

(一)病因治疗。

(二)对症治疗：可适当选用止吐药物，如胃复安、爱茂尔等。

呕　　血

【病因】

(一)消化系统疾病：

1. 食管疾病：食管炎、食管憩室炎、食管癌、食管裂孔疝、食管异物等。

2. 胃、十二指肠疾病：消化性溃疡、急性胃粘膜病变、胃癌、胃粘膜脱垂症等。

3. 肝、胆、胰疾病：肝硬化、胆囊炎、肝癌、胰腺癌等。

(二)传染病：流行性出血热、重症肝炎。

(三)血液病：血小板减少性紫癜、白血病、再生障碍性贫血、血友病等。

(四)全身性疾病：尿毒症、败血症等。

(五)其他：食管粘膜撕裂症、内镜检查。

【诊断要点】

(一)明确是否为上消化道出血。

(二)认真询问有无溃疡病、肝胆疾病病史,以及酗酒、服药史。

(三)判断出血部位及性质。

(四)尽快估计出血量。

(五)辅助检查:

1.实验室检查:急性出血后白细胞常增高,如不增高或伴血小板降低,常见于肝硬化。血尿素氮在出血数小时后升高,但大多不超过6.7mmol/L。还可查大便潜血、出、凝血时间,血型鉴定,肝、肾功能等。

2.纤维胃镜是病因诊断的重要手段,一般在出血24~48h内进行,如无阳性发现而仍有活动性出血,应进行选择性动脉造影。

3.X线检查、心肺透视、腹部平片、X线吞钡等检查应在出血停止数日后进行。

4.B超检查有助于肝、胆、胰疾病的诊断。

【治疗】

(一)一般治疗:取平卧位,镇静,可肌注安定。密切观察血压、脉搏、呼吸,记录呕血与黑便量及尿量,大量呕血者应给氧。食管静脉曲张破裂出血者应禁食2~3d,溃疡出血者呕血停止后宜进少量温凉流质饮食,逐渐改为半流质或软食。

(二)积极补充血容量:尽快输血、补液,以10%葡萄糖、5%糖盐水为主。输血指征为Hb<70g/L,收缩压<12kPa,脉搏>120次/min。血源困难时可用代血浆,肝硬化者以输新鲜血为宜。重度休克者应开辟2个液体通道,加压输血,立即输入中或低分子右旋糖酐,每日不超过1 000ml,同时给晶体液。血容量已补足,心功能尚好,血压仍不升,可应用血管活性药物(如多巴胺、阿拉明等)以纠正失血性休克。

(三)止血措施:

1.药物止血:

(1)消化性溃疡、急性胃粘膜病变可给予甲氰咪胍400mg或雷尼替丁50mg,静脉滴注,6~8h/次,好转后可改为口服,同时用去甲肾上腺素8mg加入冷冻生理盐水100ml,口服或胃管注入。

(2)食管曲张静脉破裂:①5%孟氏液食管内滴注;②垂体后叶素20~50u加入500ml液中持续静滴,24h可滴入80~120u;③心得安50mg,3次/d,口服;④三腔两囊管压迫止血;⑤内镜下注射硬化剂。

(3)静脉注射或肌肉注射安络血、止血敏、维生素 K 等。

2. 胃内降温止血:用冰盐水胃腔内灌注冲洗,使胃降温,粘膜血管收缩,胃液分泌减少,促进止血,可与去甲肾上腺素并用,适用于急性胃粘膜病变出血。

3. 纤维内镜下止血。

(四)手术治疗:内科急救不能止血者应尽早手术治疗。

便　血

【病因】

(一)上消化道出血:食管、胃、十二指肠炎症,良、恶性肿瘤等。

(二)下消化道出血:

1. 肿瘤及息肉:癌、类癌、各种肉瘤、恶性淋巴瘤等恶性肿瘤,息肉与息肉病,粘膜下良性肿瘤,平滑肌瘤,脂肪瘤,神经纤维瘤等。

2. 炎症性疾病:

(1)感染性:肠结核、肠阿米巴病、细菌性痢疾、伤寒、空肠弯曲菌肠炎、耶氏菌肠炎、出血坏死性小肠炎、伪膜性肠炎、真菌性肠炎。

(2)非感染性:溃疡性结肠炎、单纯性溃疡、克罗恩病、缺血性结肠炎、白塞病、恶性组织细胞病。

3. 肠管结构异常:Meckel 憩室、憩室病、小肠重复畸形、血管瘤、动静脉畸形、毛细血管扩张症、肠套叠。

4. 全身性疾病:流行性出血热,钩端螺旋体病,尿毒症,砷、黄磷、毒蕈中毒。

【诊断要点】

(一)上、下消化道出血的鉴别:

1. 上消化道出血时多排出暗红色血便或柏油样黑便。下消化道出血时多为暗红色或鲜红色血便。

2. 小肠出血停留较久始便出者,可呈猪肝色粪便、柏油样便。上消化道出血量大,如伴有肠蠕动加速时,可排出较鲜红的血便而不呈黑便。

(二)确定出血部位:回肠下段、右侧结肠出血常与粪便混合均匀,呈暗红色、猪肝色;出血部位越低则血色越新鲜,且与粪便混合程度越差;鲜红便多为直肠、肛门出血。

(三)伴随症状:

1. 伴发热多见于急性传染病、消化道恶性肿瘤、出血性坏死性肠炎、局限性肠炎。

2. 伴腹痛多见于急性胆管炎、急性出血性坏死性肠炎、溃疡性结肠炎、肠结核、肠套叠、恶性组织细胞病等。

3. 伴皮肤粘膜出血多见于血液病、败血症、钩端螺旋体病、尿毒症等。

4. 伴腹部包块多提示结肠癌、肠结核、肠套叠、克罗恩病等。

5. 伴里急后重多为直肠疾病,如痢疾、直肠炎、直肠癌等。

6. 便后滴血或喷射鲜红色血液者,提示直肠癌、痔及肛裂。

(四)辅助检查:

1. 实验室检查:血常规检查,血型鉴定,大便潜血试验,肝、肾功能检查,血培养,以及在粪便中查找原虫、病原菌及虫卵等。

2. X 线钡餐及钡剂灌肠造影检查:多在出血停止后 2 周进行,对胃肠道溃疡、憩室、息肉、肿瘤等诊断有帮助。

3. 直肠镜检查:可检出距肛门缘 20cm 的病变。

4. 纤维内镜检查。

【治疗】

(一)对症处理:对于血便量多、全身情况较重者应予:①卧床休息,监测生命体征及记出入量;②对于情绪紧张不安者,适当给予镇静药物,如安定 10mg 肌注;③禁食或进流质饮食;④酌情输血、补液及应用止血剂。

(二)积极治疗原发病。

(三)内镜治疗:出血的憩肉、早期癌可用高频电圈套法摘除;血管病变中的小出血灶,可用激光、微波、高频电凝法止血,亦可用硬化剂局部注射止血。

(四)手术治疗:适用于大肠癌、憩室、肠重复畸形、内科不能整复的肠套叠、内科疗法无效的各种消化道疾病。

腹　　痛

【病因】

(一)腹壁疾病:腹壁感染、脓肿、外伤。

(二)腹腔疾病：

1. 腹腔内脏炎症、溃疡、穿孔、破裂、出血和肿瘤；空腔脏器痉挛、扩张、梗阻及结石；实质器官肿胀及被膜下出血。

2. 血管：脾、肠系膜动脉栓塞、血栓形成、门静脉系统血栓形成及门静脉炎等。

3. 肠系膜：血管病变、淋巴结炎。

4. 腹膜：原发性、继发性腹膜炎，结核性腹膜炎，结缔组织病性腹膜炎。

5. 盆腔：盆腔炎、输卵管炎、卵巢囊肿破裂、卵巢囊肿蒂扭转等。

(三)腹腔后肿瘤。

(四)邻近及远处组织、器官病变所致的牵涉痛，如肺炎、肺梗死、急性心肌梗死、急性心包炎、食管裂孔疝等。

(五)其他：腹型癫痫、铅中毒、腹型过敏性紫癜、糖尿病等。

【诊断要点】

(一)详细询问病史，初步确定是急性腹痛或慢性腹痛。慢性腹痛起病缓慢、病程长或急性起病后转变为迁延性，多见于炎症、溃疡，疼痛部位常与患病器官的部位相一致。急性腹痛起病急、病情发展快，有的甚至需要紧急手术治疗，因此须尽快诊治。

1. 起病情况：

(1)发病的诱因：腹部受伤后发生持续性腹部剧痛，常为空腔脏器破裂腹膜炎或实质性脏器破裂出血；进食大量油腻食物及饮酒后的急性腹痛，常为急性胰腺炎或胆道疾病发作；剧烈活动后急性腹痛，可考虑为泌尿系结石。

(2)起病的缓急：突然上腹剧痛并迅速蔓延至全腹者，应考虑为消化性溃疡的急性穿孔，也见于腹内脏器的梗阻和扭转等。腹痛由轻逐渐加重，常为炎症病变，如阑尾炎。

2. 腹痛的部位：一般腹痛最先发生的部位或疼痛最显著的部位，往往是病变发生的部位。胃及十二指肠溃疡急性穿孔，腹痛先始于上腹，后波及全腹。腹部外伤后，左季肋部痛，应疑脾破裂；右季肋部痛，多为肝破裂。肝胆疾患疼痛多位于右上腹。急性阑尾炎常在麦氏点上。

3. 腹痛的性质与程度：消化性溃疡穿孔常突然发生，呈剧烈的刀割

样或灼烧样持续性中、上腹痛，胆绞痛、肾绞痛、肠绞痛也相当剧烈，患者常呻吟不已，辗转不安。剑突下钻顶样痛是胆道蛔虫梗阻的特征。持续性广泛性剧烈腹痛见于急性弥漫性腹膜炎。

4．腹痛的伴随症状：

(1)胃肠道症状：初始的呕吐常为反射性引起，如急性阑尾炎、卵巢囊肿蒂扭转。高位小肠梗阻，呕吐频繁且出现早；低位完全梗阻，呕吐物为粪样；绞窄性肠梗阻，呕吐物为无凝血块的暗褐色液体。急性腹痛后停止排便、排气者，常为机械性肠梗阻；肠套叠常有粘液血便；盆腔感染或脓肿形成者，因直肠受刺激，使患者排便次数增多并伴粘液便。

(2)右上腹急剧阵发绞痛伴寒战、高热、黄疸者，见于胆道结石并感染。

(3)腹部绞痛伴血尿、尿急、尿痛和排尿困难者，为泌尿系结石或感染。

(4)有胸闷、气短、咳嗽、血痰伴急性腹痛者，为肺炎或胸膜炎等。

(5)有心前区痛、心律失常伴急性腹痛者，应想到心肌梗死、心绞痛等。

(6)先有发烧、头痛、鼻塞，后有右下腹痛者，多为急性肠系膜淋巴结炎。若先有呼吸道感染症状，后有腹痛、腹膜炎征象，经腹穿抽出无臭、乳白色脓液者，多为肺炎球菌引起的原发性腹膜炎。

(二)体格检查：

1．一般情况：腹膜炎患者常取屈膝、弯腰、侧身静卧，以减轻痛苦；胆道蛔虫及胆石症发作时，患者满床翻滚，辗转不安；腹腔内出血患者面色苍白；胆道梗阻者巩膜、皮肤黄染；肠梗阻患者常捧腹仰卧，因频繁绞痛，常呻吟不止、大汗淋漓。

2．腹部检查：

(1)腹式呼吸减弱或消失，意味着可能有腹膜炎的存在；全腹性膨隆是低位肠梗阻或麻痹性肠梗阻的征象；腹部局限性隆起或呈不对称膨隆，可能为肠扭转或卵巢囊肿蒂扭转等；腹部有肠型、蠕动波，表示有机械性肠梗阻。

(2)腹肌紧张有压痛、反跳痛是腹膜炎征象；蛔虫性肠梗阻有条索状蛔虫团块，无压痛；肠套叠包块呈腊肠型，有压痛；绞窄性肠梗阻、卵巢囊

肿蒂扭转，可扪及局部膨隆或包块，有压痛和反跳痛。

(3)肝浊音界缩小或消失，常为消化道穿孔引起的气腹；有移动性浊音，表明腹腔内有炎性渗出、出血等；幽门梗阻和急性胃扩张时，上腹可有震水音。

(4)肠鸣音亢进，有气过水声、金属音者，是机械性肠梗阻征；肠鸣音减弱或消失，多见于腹膜炎、麻痹性肠梗阻等。

(三)辅助检查：

1．实验室检查：血、尿、便常规，尿三胆及血胆红素等。

2．X 线检查：胸、腹透视，气钡灌肠造影，腹部平片等。

3．B 超检查，必要时做腹部 CT 和 MRI。

4．腹腔穿刺或冲洗液化验。

【治疗】

(一)未明确诊断前，严密观察病情变化。

1．禁止滥用止痛药、泻药，尤其是吗啡、哌替啶等，禁止吞钡或灌肠。

2．禁食、胃肠减压。

3．抗感染，支持及对症治疗。

4．若有休克征象或休克者，积极抗休克治疗。

(二)若诊断明确，尽早手术。

1．急诊手术的适应证：

(1)突然腹部剧痛，持续数小时不见减轻，并有恶化者。

(2)腹膜刺激征范围逐渐扩大者。

(3)肠梗阻由阵发性绞痛转为持续性腹痛阵发性加剧者。

(4)腹腔内出血者。

2．非手术治疗的适应证：

(1)急性腹痛已好转或疼痛时间已超过 72h 以上而未恶化者。

(2)腹膜刺激征范围已渐局限或缩小者。

(3)患者有严重手术禁忌证者。

慢性腹泻

【病因】

(一)消化系统疾病：

1. 肠源性：

(1)感染性疾病：慢性细菌性痢疾、肠结核、慢性肠阿米巴病、空肠弯曲菌肠炎、沙门菌肠炎、慢性血吸虫病等。

(2)非感染性疾病：克罗恩病、溃疡性结肠炎、多发性大肠息肉或息肉病、结(直)肠癌、类癌、恶性淋巴瘤、乳糖不耐受症及吸收不良综合征、肠激惹综合征。

2. 胃源性：慢性萎缩性胃炎、晚期胃癌、胃大部切除术后。

3. 胰源性：慢性胰腺炎、胰腺癌。

4. 肝胆源性：肝硬化、阻塞性黄疸、肝癌等。

(二)内分泌、代谢障碍疾病：甲状腺功能亢进症、慢性肾上腺皮质功能减退症、垂体前叶功能减退症、糖尿病等。

(三)全身性疾病：尿毒症、药物或食物过敏、嗜酸性粒细胞性胃肠炎、硬皮病、过敏性结肠炎等。

【诊断要点】

(一)临床表现：慢性腹泻起病缓慢，患者大多每日排便数次，或腹泻与便秘相交替，伴或不伴有肠绞痛。长期腹泻导致营养障碍、维生素K缺乏、体重减轻，甚至发生营养不良性水肿。

(二)伴随症状：

1. 伴腹痛，便后减轻或消失，常见于结肠疾病；脐周或下腹痛，便后不缓解，多为小肠腹泻。胃源性、内分泌代谢障碍疾病引起的腹泻一般无腹痛。

2. 伴发热见于肠结核、克罗恩病、溃疡性结肠炎、恶性淋巴瘤和大肠癌。

3. 伴便血多见于溃疡性结肠炎、结肠息肉、恶性淋巴瘤、大肠癌晚期。

4. 伴里急后重，病变多在乙状结肠下端及直肠部，如直肠癌、溃疡性结肠炎、阿米巴痢疾、细菌性痢疾等。

5. 伴腹部包块者，肿块质软有压痛多为炎症；质硬常为肿瘤。

（三）大便性状：

1. 稀水样便多为小肠病变、肠激惹综合征。

2. 脓血便多见于慢性菌痢、慢性阿米巴痢疾、溃疡性结肠炎、血吸虫病、大肠癌。

3. 粘液便多见于肠激惹综合征。

4. 泡沫糊状便多见于慢性胰腺炎、胆道梗阻。

5. 食物残渣过多并有完整食物，奇臭，应考虑吸收不良综合征。

（四）辅助检查：

1. 实验室检查：大便常规及病原菌检查、细菌培养，有指征时测血糖、二氧化碳结合力、电解质等。

2. 结肠镜检查。

3. X 线钡餐及钡灌肠对消化道肿瘤、结核、克罗恩病、溃疡性结肠炎的鉴别有重要价值。

【治疗】

（一）病因治疗。

（二）对症治疗：适当休息，进食易消化食物。腹痛、便次多者酌情应用解痉、止泻等药物，如阿托品、普鲁苯辛、复方樟脑酊、复方苯乙哌啶；对精神性腹泻可给予利眠宁或苯巴妥类镇静药物。

腹　　水

【病因】

（一）漏出性：

1. 心血管疾病：慢性充血性心力衰竭、心包炎、限制性心肌病、肝静脉阻塞综合征、门静脉血栓形成、下腔静脉阻塞综合征。

2. 肝脏疾病：重症病毒性肝炎、肝硬化失代偿期、原发性肝癌等。

3. 肾脏病：慢性肾小球肾炎、肾病综合征、糖尿病肾病、肾静脉血栓形成。

4. 营养不良：低蛋白血症、维生素 B_1 缺乏症。

（二）渗出性：结核性腹膜炎、原发性腹膜炎、腹膜肿瘤、继发性腹膜炎、腹膜转移癌、丝虫病、淋巴结结核等。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1．病史：青年人起病缓慢，多见于结核性腹膜炎、心包炎、慢性肾病等；成人多见肝硬化、腹膜肿瘤、肝癌等；腹水生长迅速者，多见于腹腔肿瘤、门静脉血栓形成、腹腔内脏器破裂。

2．伴随症状：

(1)伴发热，多见于腹膜炎、胰腺炎、结缔组织病、淋巴瘤等。

(2)伴腹痛，多见于腹膜炎、胰腺炎、腹腔内脏器穿孔或破裂、腹腔肿瘤。

(3)伴呕血或黑便，多见于肝硬化、肝癌、胰腺癌、胃癌等。

(4)伴出血倾向，常见于肝硬化和肝癌。

3．伴随体征：

(1)伴水肿常见于右心衰竭、慢性肾病、低蛋白血症、腹膜转移癌等。

(2)伴肝肿大见于肝癌、右心衰竭、心包炎、肝静脉阻塞等。

(3)伴腹部肿块见于结核性腹膜炎、腹腔肿瘤、淋巴瘤、胰腺假性囊肿等。

(4)伴黄疸常见于肝硬化、肝癌、重症肝炎和其他恶性肿瘤肝转移。

(二)辅助检查：腹水常规、生化检查可确定腹水的性质，血、尿、便、血沉、肝功能等检查，有助于鉴别诊断。必要时行超声、胸部平片、消化道内镜、腹腔镜等检查。

【治疗】

(一)病因治疗。

(二)对症治疗：除低盐饮食外，要增加营养，可输血浆或人血白蛋白。利尿药物可选双氢克尿噻或速尿与安体舒通、氨苯喋啶合用，也可只用1种，应用时要注意水、电解质紊乱。大量腹水影响心肺功能时，要考虑放腹水，但速度宜慢，量不宜超过3 000ml。有感染时应用抗生素。

肝脾肿大

【病因】

(一)肝脾肿大：

1．感染性：病毒性肝炎、巨细胞病毒感染、传染性单核细胞增多症、

斑疹伤寒、钩端螺旋病、伤寒、败血症、布鲁菌病、疟疾、血吸虫病等。

2. 血液病：白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、真性红细胞增多症、嗜酸性肉芽肿。

3. 肝硬化：包括坏死性、心源性、血吸虫病性及淤胆性肝硬化。

4. 结缔组织病：类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、皮肌炎、结节病。

(二)肝肿大：

1. 感染性：细菌性肝脓肿，阿米巴肝脓肿，急、慢性胆管炎，肝结核等。

2. 中毒性：药物性、化学性、生物性毒素。

3. 瘀血性：充血性心力衰竭、心肌炎、心肌病、先天性心脏病、缩窄性心包炎、肝静脉阻塞综合征。

4. 胆汁淤滞性：胆石症、胰头癌、壶腹癌、胆管癌、肝癌、胆汁性肝硬化。

5. 代谢性：脂肪肝、肝淀粉样变性、肝豆状核变性。

6. 肿瘤及囊肿：肝癌、肝母细胞瘤、肝血管瘤、脂肪瘤、畸胎瘤、肝囊肿。

(三)脾肿大：门静脉性肝硬化、门静脉血栓形成、脾脓肿、脾囊肿、脾肿瘤、恶性淋巴瘤、原发性血小板减少性紫癜。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1. 病前到过疫区或与传染病患者接触者，应考虑寄生虫病、传染病。

2. 发热者先考虑感染性脾肿大。非感染性肝脾肿大伴发热者常见于血液病、结缔组织病。肝硬化也偶尔有低热。

3. 肝区疼痛：隐痛多见于肝炎，剧痛而持久者多见于肝脓肿或肝癌。阵发性右上腹痛且放射至肩背部者常见胆囊炎、胆管炎、胆管结石。胆道蛔虫症常见剑突下绞痛。若为局限性明显压痛，可能有肝脓肿。

4. 脾区疼痛：见于脾梗死、脾脓肿及脾周围炎。

5. 黄疸：肿瘤引起的黄疸，常起病缓慢而逐渐加深，往往伴皮肤瘙痒、消瘦、乏力，但壶腹癌及胆管癌，黄疸可消退，反复出现；若消化道症状在前，后出现黄疸者多为肝炎。细菌性肝脓肿常伴黄疸，而阿米巴肝脓肿则罕见黄疸。肝硬化失代偿期及肝癌也可见黄疸。

6. 皮肤色素沉着、蜘蛛痣、出血倾向：多见于慢性肝炎、肝硬化，有出血倾向者常提示严重肝病或血液病。

7. 腹水：多见于肝硬化失代偿期、重症肝炎、肝癌。

8. 肝质地与表面状态：质硬多为肝硬化，表面结节状或巨块则考虑肝癌，其他各种病因者肝表面大都光滑，质软或中等硬度。

（二）辅助检查：血常规、骨髓检查、大便常规、肝功能及免疫学检查，必要时行肝穿刺抽脓及细菌培养。胸部X线摄片或透视，食道钡餐造影，胃肠造影，肾盂造影，CT和MRI，选择性肝动脉造影，放射性核素扫描及内镜检查。

【治疗】

（一）病因治疗。

（二）对症治疗，以减轻患者痛苦。

腹部肿块

【病因】

（一）腹壁肿块：腹壁脓肿、脂肪瘤、外伤性血肿、斯氏肺吸虫蚴移行症。

（二）腹腔内肿块：腹腔脏器移位、脏器肿大、炎性包块、脓肿、囊肿、肿瘤、肠套叠、腹壁疝。

（三）腹膜后肿块：腹膜后肿瘤。

【诊断要点】

（一）肿块的深浅：

1. 腹壁肿块：患者屏气或抬头使腹壁肌肉紧张，包块更加明显。

2. 腹腔内肿块：患者深呼吸时，肿块随之上下移动。使腹壁肌肉紧张时，包块则不明显。

3. 腹膜后肿块：包块边界不清楚，不易推动，亦不随呼吸而上下移动。

（二）肿块的位置：

1. 上腹部：胃癌、胰腺癌、胰腺囊肿、肝左叶肿块。

2. 右上腹：肝肿大、胆囊肿大、肝曲结肠癌、胰头癌、右肾肿大及下垂。

3. 左上腹：脾肿大、脾曲结肠癌、胰腺肿块、左肾肿大及下垂。

4. 中腹部：肠间隙脓肿、肠系膜淋巴结结核、肠结核、小肠肿瘤、大网膜囊肿、腹主动脉瘤。

5. 左下腹部：降结肠及乙状结肠肿瘤、乙状结肠扭转、左侧卵巢囊肿、左侧腹股沟疝、淋巴结肿大。

6. 右下腹部：移动盲肠、阑尾脓肿、升结肠、回盲部结核及肿瘤、克罗恩病、肠套叠、血吸虫肉芽肿、阿米巴肉芽肿、右侧卵巢囊肿、右侧腹股沟疝、淋巴结肿大。

7. 下腹部：子宫肿瘤、膀胱肿瘤、结肠癌等。

(三)临床表现：

1. 发展快，伴高热、腹痛，提示腹腔内脓肿形成。有发热，明显压痛的肿块，多为炎性肿块。绞窄性肠梗阻出现的包块也有压痛。

2. 发展慢而无明显症状者，大多属良性，如胰腺囊肿、肠系膜囊肿及卵巢囊肿。

3. 发展快而明显消瘦者，多提示恶性肿瘤。

4. 伴黄疸提示肝、胆、胰腺疾病；伴有膀胱刺激征、血尿、脓尿多为泌尿系疾病；伴有闭经或阴道出血，多为卵巢、子宫的肿瘤、妊娠或先兆流产、宫外孕等。

5. 伴黑便提示胃肠道疾病，如胃及小肠肿瘤、肠道肉芽肿、肠结核及肠套叠等。

6. 游走不定，出没无常可能是胃肠痉挛、移动盲肠、游走肾等。

7. 外伤或手术后迅速出现常为血肿；外伤后缓慢形成者，应考虑胰腺或肠系膜囊肿。

(四)辅助检查：血、尿、便常规，大便潜血试验，B 超，胃肠钡餐透视，泌尿系造影，选择性腹腔动脉造影，CT 和 MRI，核素扫描及内镜检查等。

【治疗】

(一)病因治疗。

(二)腹壁肿块不消退者，可考虑手术治疗。

(三)腹腔内及腹膜后肿瘤，应手术治疗。

(四)腹腔内炎性包块，进行抗感染治疗，有逐渐扩大趋势时，可手术治疗。

头　　痛

【病因】

(一)颅内疾病：

1．颅内感染性疾病：脑膜炎、脑炎、脑脓肿、蛛网膜炎等。

2．颅内血管性疾病：脑血管意外、高血压脑病等。

3．颅内占位性病变：肿瘤、结核瘤、脑囊虫病、脑膜白血病等。

4．颅脑外伤：脑震荡、脑挫伤等。

5．其他：偏头痛、肌紧张性头痛、头痛型癫痫等。

(二)颅外疾病：

1．骨疾病：颅底凹陷症、颈椎病等。

2．神经痛：三叉神经痛、舌咽神经痛。

3．颞动脉炎。

4．耳、鼻、眼、牙齿等疾病引起的头痛。

(三)全身性疾病：

1、急性与慢性全身感染。

2．心血管疾病：高血压，慢性心功能不全等。

3．中毒：铅、酒精、一氧化碳、有机磷、颠茄等中毒。

4．中暑。

5．其他：尿毒症、低血糖、贫血、系统性红斑狼疮、肺性脑病、月经期头痛、绝经期头痛等。

(四)神经官能症：神经衰弱、癔病等。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1．头痛的急缓：急起头痛伴发热，常见于急性感染。突然头痛而无发热，伴有意识障碍与呕吐，多见于蛛网膜下腔出血。头痛进行性加剧伴有颅内压增高的表现者，常见于颅内占位性疾病。反复发作性头痛是偏头痛特征之一。不伴颅内压增高的慢性头痛，以肌紧张性头痛与鼻源性头痛多见。

2．头痛的部位：急性感染性疾病所致的头痛多位于全头部，呈弥漫性。浅在性头痛常见于眼源性、耳源性、鼻源性与牙源性。深在性头痛多

见于脑脓肿、脑肿瘤、脑膜炎、脑炎。

3. 头痛的性质与程度：剧烈头痛多见于三叉神经痛、偏头痛、神经官能症、脑膜刺激所致的头痛。眼、鼻、牙齿等疾病所引起的头痛一般为中等度。搏动性头痛可见于高血压、血管性头痛、脑肿瘤等。

4. 头痛的发生时间与持续时间：晨间加剧的头痛可见于颅内占位性病变，一日有规律的头痛见于鼻旁窦炎。偏头痛在月经期发作较频。脑肿瘤的疼痛多呈慢性进行性。

5. 激发、加重或缓解头痛的因素：腰椎穿刺后的头痛常因直立位而加重。脑肿瘤、脑膜炎的头痛常因转头、俯首、咳嗽而加剧。颈肌炎症所致的头痛常因颈部运动而加重。偏头痛患者服用麦角胺后头痛常迅速缓解。

（二）伴随症状：神经性头痛常伴其他神经官能症症状，如失眠、焦虑等。头痛伴剧烈呕吐常见于颅内压增高症。呕吐后头痛明显减轻的是偏头痛的特点。头痛伴眩晕见于小脑肿瘤、小脑脑桥肿瘤、椎－基底动脉供血不足等。若慢性进行性头痛骤然加剧、神志逐渐模糊，提示有脑疝的发生。头痛伴视力障碍者，可见于某些眼病（如青光眼）和某些脑肿瘤。头痛伴脑膜刺激征者，见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。头痛伴癫痫发作者，见于脑血管畸形、脑寄生虫囊肿、脑瘤等。

（三）辅助检查：血、尿常规，血清免疫学检查，脑脊液检查等。有指征时可拍颈椎片、鼻旁窦片，做脑电图、脑血管造影、脑室造影、CT 和 MRI 等检查。

【治疗】

（一）病因治疗：颅内感染，应积极控制感染；颅内肿瘤，应降低颅压，行手术治疗；颅内出血，应降低颅压和止血；神经性头痛，应解除患者对疾病的思想顾虑，调节神经系统兴奋和抑制的过程。

（二）对症治疗：

1. 针灸。

2. 应用止痛药物，如阿斯匹林、颅通定等。

眩　　晕

【病因】

(一)耳源性(周围性)：梅尼埃病、迷路炎、内耳药物中毒、前庭神经炎、位置性眩晕、晕动病等。

(二)中枢性(脑性)：颅内血管疾病、颅内占位性疾病、颅内感染性疾病、颅内脱髓鞘疾病及变性疾病。

(三)其他：低血压、阵发性心动过速或房室传导阻滞、贫血、眼源性眩晕、头部外伤后眩晕等。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1. 眩晕为突然发作，一般持续数分钟、数小时，有时达数天以上者，有天旋地转的感觉，并伴有耳鸣、听力减退、眼球震颤与平衡失调症状，以及植物神经失调症状，常由于前庭疾患所致。

2. 患者主诉头晕、不稳等异常感觉，而无自身或外物旋转感，并伴有头痛、失眠、记忆力减退，注意力不集中等症状者，多考虑神经官能症。

3. 眩晕伴垂直性眼球震者几乎都由于前庭中枢性损害所致。

4. 前庭器疾病所致眩晕常伴耳鸣及吸力减退，但大脑颞叶或顶叶病变所致眩晕则极少有耳鸣及听力减退。

5. 眩晕伴共济失调者，病变可能位于小脑、颅后窝或脑干。

6. 眩晕时，掩蔽患者眼睛后消失者，则为眼源性眩晕。

7. 眩晕发生在颈部突然转向一侧时，则为颈性眩晕。

(二)辅助检查：

1. 实验室检查：血、尿常规，有指征时查肝功能、肾功能等。

2. 心电图、头颅、颈椎拍片，脑电图，脑血管造影，有指征时做听力检查与前庭功能检查。必要时做头颅 CT 和 MRI。

【治疗】

(一)病因治疗。

(二)对症治疗：

1. 注意适当休息，避免精神刺激及不必要的头位、体位变动。

2. 急性发作期可选用以下药物，如氢溴酸东莨菪碱、晕海宁、阿托

品、山莨菪碱(654—2)、安定等，或针刺、指压内关穴。

3．一般头晕者可选用以下药物，如氯丙嗪、苯巴比妥、安定、晕海宁、抗眩定等。

4．高压氧治疗。

抽　　搐

【病因】

(一)感染性：

1．颅内疾病：脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑囊虫病等。

2．全身性疾病：高热惊厥、中毒性脑病、狂犬病、破伤风等。

(二)非感染性：

1．颅内疾病：

(1)癫痫。

(2)脑血管疾病：高血压脑病、脑动脉硬化症、一过性脑缺血发作、脑血栓形成、脑出血、蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿、颈内动脉闭塞、脑血管畸形、结节性多动脉炎等。

(3)脑肿瘤。

(4)脑外伤。

(5)其他：癔病、多发性硬化、脑性瘫痪、脑发育不全、肝豆状核变性。

2．全身性疾病：阿－斯综合征，低血钙，糖尿病昏迷，尿毒症，酒精、铅、汞、一氧化碳、二硫化碳、安眠药、农药中毒，中暑等。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1．有意识障碍伴发热：多见于高热惊厥、中毒性脑病、颅内感染、结缔组织病、中暑等。

2．有意识障碍不伴发热：多见于脑外伤、外源性中毒、脑囊虫病、脑血管疾病、脑肿瘤、内分泌代谢障碍、癫痫、癔病等。

3．无意识障碍：多见于低血钙症、热惊挛、癫痫局限性发作、狂犬病、破伤风等。

4．癫痫大发作与癔病性抽搐的鉴别见表 1－0－1。

表 1－0－1　癔病性痉挛与癫痫大发作之间的鉴别

鉴别点	癔病性痉挛	癫痫大发作
诱因	常有精神因素	常无
先兆	有心跳、气塞、头晕	常有短暂气上升
发作	发作无一定顺序，意识不完全丧失，对外界刺激能显示一定反应，发作时叫喊、哭闹、呼吸加快，面色正常、四肢乱动或上肢伸直、紧握拳。无尿失禁。瞳孔大小正常，光反射存在，无病理反射	发作有一定顺序，发作前有尖锐叫声，意识丧失，呼吸停止，面色发绀，四肢先呈强直性抽搐，继而阵挛性抽搐，常咬破舌头，有尿失禁。瞳孔散大，光反射消失，可有病理征
经过	几分钟至数小时	每次发作多持续 2－5min
脑电图	正常	有异常波形（占 70％）
治疗	暗示治疗有效	抗癫痫治疗有效

（二）辅助检查：

1．实验室检查：血、尿、便常规化验，血糖、血钙测定，脑脊液常规、生化等。

2．心电图、X 线检查、脑血管造影、CT、MRI 等。

【治疗】

（一）病因治疗，如切除肿瘤、控制感染、纠正内分泌及代谢障碍等。

（二）对症治疗：

1．保持安静，侧卧位，松解领扣、腰带，清除口腔分泌物，保持呼吸道通畅。

2．高热脱水时则降温、补液；对有颅内高压、脑水肿者，可用 50％ 葡萄糖、速尿、20％ 甘露醇或地塞米松等静注。

3．控制抽搐：

（1）癫痫大发作：详见有关章节。

（2）癔病性抽搐：采用针灸强刺人中、合谷、十宣等穴，也可加用镇静剂，如氯丙嗪、安定等。详见有关章节。

（3）低钙抽搐：用 10％ 葡萄糖酸钙 10～20ml 静注。

4．昏迷者要预防并发症，如肺炎、褥疮、泌尿系感染、电解质紊乱等。

水　肿

【病因】

(一)全身性水肿：

1．心源性水肿：右心功能不全、慢性缩窄性心包炎等。

2．肾源性水肿：急性肾小球肾炎、肾病综合征等。

3．肝源性水肿：肝硬化、肝坏死、肝癌等。

4．营养不良性水肿：慢性消耗性疾病、长期营养缺乏、蛋白丢失性胃肠病、重度烧伤所致的低蛋白血症或维生素 B_1 缺乏。

5．其他：①粘液性水肿；②经前期紧张综合征；③药物性水肿；④特发性水肿。

(二)局部性水肿：

1．局部炎症性：疖、痈、丹毒、静脉炎、蜂窝组织炎。

2．局部静脉回流受阻：上腔静脉阻塞综合征、肢体静脉血栓形成、血栓性静脉炎、下肢静脉曲张等。

3．淋巴回流受阻：丝虫病、非特异性淋巴管炎、癌性淋巴结切除后。

4．血管神经性水肿。

5．物理性：冻疮、烧伤。

6．内分泌性：局部粘液性水肿。

7．其他：流行性腮腺炎并发胸骨前水肿。

【诊断要点】

(一)全身性水肿：

1．心源性水肿与肾源性水肿的鉴别见表 1－0－2。

2．肝源性水肿常表现为肝功能减退与门静脉高压两方面症状；粘液性水肿为非指陷性水肿。

(二)局部性水肿：局部炎症水肿，患部有潮红、灼热与疼痛。丝虫病表现为象皮腿，患部皮肤粗糙与增厚，亦起皱褶，皮下组织也增厚；血管神经性水肿是突然发生的、无痛的、硬而有弹性的局部性水肿，多见于面、舌、唇等处。

(三)伴随症状：水肿伴肝肿大者常为心源性、肝源性与营养不良性，而同时有颈静脉怒张者为心源性。水肿伴重度蛋白尿，则常为肾源性，而

轻度蛋白尿也见于心源性。水肿伴呼吸困难与发绀常提示由于心脏病、脚气病、上腔静脉阻塞综合征等所致。水肿与月经周期有明显关系者可见于特发性水肿。

表 1－0－2　心源性水肿与肾源性水肿的鉴别

鉴别点	肾源性水肿	心源性水肿
开始部位	从眼睑、颜面开始而延及全身	从足部开始，向上延及全身
发展快慢	常迅速	较缓慢
水肿性质	软而移动性大	比较坚实，移动性较小
伴随病征	伴有其他肾脏病病征，如高血压、蛋白尿、血尿、管型尿、眼底改变等	伴有心功能不全病征，如心脏增大、心脏杂音、肝肿大、静脉压升高等

（四）辅助检查：

1．实验室检查：血、尿常规，肝功能、肾功能检查，血片找微丝蚴等。

2．X线胸部透视或拍片，肝、胆B超，心电图，食管钡透等。

【治疗】

（一）病因治疗，如纠正心衰、改善肾功能、治疗肝病、纠正营养不良、治疗甲状腺功能减退等。

（二）对症治疗：

1．全身性水肿时应卧床休息，有心力衰竭时取半卧位，下肢局限性水肿者，抬高患肢。

2．限制水分和钠盐，必要时可应用利尿剂。

3．低蛋白血症宜增加营养，尤其是补充优质蛋白，如牛奶、鸡蛋等。病情严重不能进食者应静脉输注血浆蛋白。

血　　尿

【病因】

（一）泌尿系统疾病：肾炎、泌尿系感染、结核、结石、肿瘤、外伤、憩室、息肉、畸形或血管异常等。

（二）尿路邻近器官疾病：前列腺炎、急性阑尾炎、急性盆腔炎、直肠或结肠癌。

(三)全身性疾病：

1. 感染，如感染性心内膜炎、败血症等。

2. 血液病，如血小板减少性紫癜等。

3. 丝虫病。

4. 结缔组织病，如系统性红斑狼疮等。

5. 心血管病，如急进型高血压等。

6. 剧烈运动、注射肾上腺素等，均可引起微量血尿。

【诊断要点】

(一)病史：注意年龄、起病缓急、诱发因素、尿液性状、伴随症状、缓解因素、药物，以及生活史、既往史、家族史等。

(二)临床表现：

1. 出血部位：鲜红色初血尿或尿道滴血为前列腺病变；鲜红色终末血尿为后尿道及前列腺出血。血块不规则，伴排尿不适，亦为终末血尿者，多为膀胱病变；全程血尿，呈棕红色，血块呈输尿管柱形，伴肾区痛而无排尿不适，为肾脏病变。

2. 水肿伴高血压，多为急性肾炎；青年已婚妇女伴发热、尿急、尿频、尿痛、腰痛、脓尿，多为膀胱炎、肾盂肾炎及肾结核；中年以上无痛性全程血尿，应疑肾肿瘤或膀胱癌。

3. 伴肾绞痛及同侧会阴及大腿内侧牵涉痛、全程血尿，多为肾结石、输尿管结石或游走肾。

4. 排尿时疼痛及尿流突然中断，多为膀胱及尿道结石。

5. 伴发热、出血，多为感染性疾病或血液病。

6. 伴乳糜尿为丝虫病。

7. 伴单侧肾脏肿块，提示肾积水、结石、肾下垂、异位肾或肾肿瘤；双侧肾肿块，多为多囊肾。

8. 肾区叩击痛提示肾结核、肾盂肾炎或结石。

(三)辅助检查：

1. 实验室检查：反复做尿常规检查。有指征时做24h尿抗酸杆菌检查，中段尿细菌培养，尿结核菌培养，周围血涂片找微丝蚴、狼疮细胞等。尿三杯试验有助于判断出血部位。

2. 腹部X线平片、B超、静脉或逆行肾盂造影、肾动脉造影、放射性

核素肾图、膀胱镜、肾穿刺活检、CT、MRI 等检查。

【治疗】

(一)病因治疗:对尿路感染患者应行抗菌治疗;尿路结石应采取排石、手术治疗或体外震波碎石;癌瘤患者可酌情选择手术、放疗或化疗;泌尿系结核给予抗结核治疗等。

(二)避免用对泌尿系有损害的药物,如磺胺类、多粘菌素、卡那霉素、庆大霉素等。

(三)必要时可采用解痉、止痛、镇静、止血等药物。

(四)反复大量出血时,可酌情输全血、血浆或代血浆,有休克时应立即进行抗休克治疗,并可给予一般止血药,如维生素 K、安络血、止血芳酸等。泌尿器官有损伤时,应进行紧急手术治疗。

出血倾向

【病因】

(一)血管壁功能异常:遗传性毛细血管扩张症、感染、代谢障碍、过敏性紫癜、单纯性紫癜等。

(二)血小板异常:原发性血小板减少性紫癜(ITP)、感染、再生障碍性贫血、脾功能亢进、白血病、骨髓肿瘤浸润、血栓性血小板减少性紫癜、药物、生物毒素作用、自身免疫性血性贫血合并血小板减少症、急性弥漫性血管内凝血(DIC)等,以及特发性血小板增多症、创伤、溶血、脾切除、慢性粒细胞性白血病、血小板无力症、巨大血小板综合征等。

(三)凝血功能异常:血友病、血管性假血友病、先天性低丙种球蛋白血症、凝血酶原缺乏、维生素 K 缺乏、DIC 等。

【诊断要点】

(一)有下列因素之一者可判断为有出血倾向:①自发性广泛或局部出血;②轻度损伤后出血难止;③反复出血,持续时间长;④一般止血措施疗效差,补充治疗效果好;⑤家族中有类似疾病。

(二)临床表现:

1. 皮肤粘膜紫红色淤点,非对称分布,为血管、血小板异常表现;对称性分布,紫癜呈鲜红色,隆起于皮表,伴有痒感,分批出现者常为过敏性紫癜;毛囊周围出血伴有齿龈肿胀,提示维生素 C 缺乏。

2. 非损伤性关节腔出血伴畸形或深部肌肉血肿为凝血因子异常表现。

3. 反复在固定部位点状出血为血管性假血友病特征。唇、舌、鼻咽部有细血管扩张，呈聚合红斑状为遗传性毛细血管扩张症。

4. 注意有无贫血，黄疸，肝、脾、淋巴结肿大，骨叩痛，以鉴别血液病或非造血系统疾病所致的出血。

（三）伴随症状：紫癜伴关节痛或腹痛应考虑为过敏性紫癜；伴肝、肾功能不全多属获得性、凝血因子缺乏；伴休克、产科意外、创伤或恶性肿瘤、出血广泛严重者提示 DIC。

（四）辅助检查：除常规化验外，通过血小板计数，出、凝血时间，血块退缩试验，束臂试验等进一步确定病因。

【治疗】

（一）病因治疗：

1. 先天性：预防外伤为主。

2. 继发性：去除病因和诱因。

（二）药物治疗：

1. 维生素 C、路丁、安络血、糖皮质激素，可用于血管因素出血。

2. 糖皮质激素还可用于急、慢性特发性血小板减少性紫癜。

3. 维生素 K、凝血酶原复合物浓缩剂，适用于重症肝胆疾病所致出血。

4. 抗纤溶类药物用于纤溶亢进性出血。

5. 止血敏适用于血管、血小板因素出血。

6. 抗凝剂用于 DIC。

7. 抗组织胺药用于过敏性紫癜。

（三）输血、血浆、血小板和凝血因子：浓缩抗血友病因子用于除第Ⅸ因子以外的血友病补充治疗；血浆用于第Ⅸ因子缺乏症；新鲜全血、血浆、血小板作为血小板、凝血因子缺乏的补充治疗。

（四）局部止血措施的应用。

黄　疸

【病因】

(一)溶血性黄疸：

1．先天性：地中海贫血、遗传性球形红细胞增多症。

2．获得性：自身免疫溶血性贫血、误输异型血、葡萄糖－6－磷酸脱氢酶缺乏症、阵发性睡眠性血红蛋白尿等。

(二)肝细胞性黄疸：病毒性肝炎、中毒性肝炎、黄疸型传染性单核细胞增多症、黄疸出血型钩端螺旋体病、肝硬化、原发性肝癌等。

(三)阻塞性黄疸：

1．肝内阻塞性黄疸：淤胆型病毒性肝炎、药物性黄疸、肝硬化、肝内胆管结石、肝癌。

2．肝外阻塞性黄疸：急性梗阻性化脓性胆管炎，胆总管结石，先天性胆道闭锁，胰头癌，胆管癌，原发性胆囊癌，急、慢性胰腺炎等。

(四)先天性非溶血性黄疸：杜－约综合征等。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1．溶血性黄疸：巩膜、粘膜轻度黄染，皮肤无瘙痒，肝脏肿大。急性发作时有发热、腰背酸痛、面色苍白，尿呈酱油色。

2．肝细胞性黄疸：皮肤粘膜呈浅黄或深金黄色，可有瘙痒，尿色深，大便呈浅灰色或陶土色。出血倾向不能用维生素K纠正。

3．梗阻性黄疸：皮肤呈暗黄、黄绿或褐绿色，皮肤瘙痒，尿色深，大便呈浅灰色或陶土色。有出血倾向者可用维生素K纠正。

4．先天性非溶血性黄疸：青少年多见，黄疸呈波动性。口服苯巴比妥30～60mg，3～4次/d，7d后血胆红素可下降至原来的50%以下。

(二)辅助检查：

1．实验室检查见表1－0·3。

2．十二指肠引流、超声、X线检查、十二指肠镜及腹腔镜检查、肝穿刺活检等，必要时行糖皮质激素或苯巴比妥试验治疗。

表 1－0－3　溶血性、梗阻性、肝细胞性 3 种黄疸的鉴别

检查项目		溶血性黄疸	梗阻性黄疸	肝细胞性黄疸
凡登白	直接反应		+++	++ (双相)
	间接反应	+++	+	++
尿液	尿胆原	+~++	±或－	+~++或－
	尿胆红素	－	+++	++
血液	网织红细胞	增多	正常	正常
	谷丙转氨酶	正常	正常或轻度增高	显著增高

【治疗】

(一)病因治疗：如确定为肝外阻塞性黄疸，应争取早日手术治疗。

(二)对症治疗：黄疸进展期应卧床休息，如属肝炎要注意隔离。不能进食者须静脉维持营养。急性溶血性黄疸原因未找到而急性贫血较重时，应先给予适量输血、补液、用肾上腺皮质激素以及口服碱性药物，使尿液碱化，防止肾小管阻塞等。对肝细胞性黄疸均应保肝治疗，一般溶血较重，可用 10% 葡萄糖 1 000ml 加维生素 C 0.5～1.0g，1 次/d，静滴。并可用去氢胆酸治疗，以刺激胆汁分泌，使胆汁变稀，利于排泄，剂量为 0.25g/次，2 次/d。有出血倾向时，给予维生素 K 口服或肌肉注射。有严重瘙痒时，口服少量抗组织胺类药物。

紫　绀

【病因】

(一)中心性紫绀：

1. 呼吸系统疾病：肺水肿、肺梗死、呼吸道阻塞、胸腔积液、气胸、慢性阻塞性肺部疾病、重症肺结核、肺纤维化等。

2. 心血管疾病：

(1)紫绀型先天性心脏病：法洛四联症等。

(2)肺部血管病变：原发性肺动脉高压、肺动静脉瘘、肺海绵状血管瘤。

3. 血红蛋白异常：肠源性紫绀、硫化血红蛋白血症、高铁血红蛋白血症。

(二)周围性紫绀：

1. 全身性循环障碍：休克、充血性心力衰竭、心包填塞、慢性缩窄性心包炎等。

2. 局部循环障碍：雷诺现象、血栓闭塞性脉管炎、静脉血栓形成、局部静脉回流受阻等。

3. 其他：真性红细胞增多症、冷球蛋白血症等。

【诊断要点】

(一)中心性紫绀与周围性紫绀的鉴别见表 1－0－4。

表 1－0－4　中心性紫绀与周围性紫绀的鉴别

检查项目	中心性紫绀	周围性紫绀
皮肤温度	温	冷
粘膜紫绀	有	常无
杵状指(趾)	常有	少见
血红细胞	可增多	一般不增多
局部按摩	紫绀不消失	紫绀可消失
动脉血氧饱和度	降低	正常

(二)临床表现及伴随症状：

1. 自出生或幼年即出现紫绀者常为先天性疾病。

2. 化学药物所致的血红蛋白异常则有明确接触史。

3. 严重紫绀多见于紫绀型先天性心脏病、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋血症、原发性肺动脉高压症与肺动静脉瘘。

4. 肢端紫绀反复出现者系局部循环障碍引起。

5. 紫绀伴意识障碍常为药物中毒、休克、急性心力衰竭或严重肺部疾病。

6. 伴呼吸困难常见于重症心、肺疾病。

7. 伴杵状指(趾)者主要见于紫绀型先天性心脏病、原发性肺动脉高压症、肺动静脉瘘及某些慢性肺部疾病。

(三)辅助检查：①测血中高铁血红蛋白和硫化血红蛋白；②心导管或选择性心血管造影；③胸部 X 线检查。

【治疗】

(一)急性病例立即吸氧，维持心肺功能，防治脑水肿及感染。积极查找病因，予以病因治疗。

(二)慢性病例主要是病因治疗。

第二章　危重症的抢救

心跳骤停和心肺复苏

任何器质性心脏病，如冠心病、心肌炎、心肌病、风心、先心、Ⅲ度房室传导阻滞、病窦综合征、室壁瘤破裂，以及其他意外，如触电、溺水、窒息、麻醉意外、心导管检查及治疗、电解质紊乱、药物中毒（如奎尼丁、乙胺碘呋酮、洋地黄）均可能导致心跳骤停。遇到这种情况，必须迅速做出诊断和治疗。心脏骤停 10～20s，患者昏厥；30～40s，瞳孔散大；60s，呼吸停止，大小便失禁；4～6min，大脑细胞不可逆损害。所以心肺复苏必须在心脏骤停后 4～5min 内进行。停搏在 5min 内抢救成功率近 100%。停搏 10min 抢救者几乎 100% 死亡，虽有例外者，但终属罕见。

【诊断要点】

（一）原有或无心脏病史，突然心跳骤停。病因中冠心病占 90%，其他占 10%。

（二）心脏骤停造成血循环立即停止，由于脑组织对缺氧最敏感，临床立即表现出循环系统和神经系统的症状，依次出现下列症状和体征：

1. 心音消失。

2. 脉搏扪不到，血压测不出，大动脉搏动消失。

3. 突然意识丧失，伴四肢抽搐及严重紫绀或皮肤粘膜呈死灰色。

4. 呼吸断续，呈叹息样，随后停止。

5. 昏迷。

6. 瞳孔散大，对光反应消失。

7. 心电图检查示心室颤动、心室停顿或慢而无效的室性自主心律（心电机械分离）。

以意识突然丧失、心音消失、大动脉搏动消失为主征，立即做出诊断，

分秒必争进行抢救。

【治疗】

(一)心脏复苏：

1．拳击复律：如目击患者因心律失常发生心跳骤停时，可立即试图拳击复律：从20～25cm高度坚定快速给胸骨中、下1/3段交界处拳击1～2次，如无效应立即行心脏按压和完善的心肺复苏。

2．心脏按压：

(1)立即置患者于硬板床上，取仰卧位，保持气道通畅，抢救者站于患者侧面或跪跨于患者腹部(但切忌坐压患者腹部)。

(2)按压部位：胸骨上2/3与下1/3交接处。

(3)按压手法：将掌根放在另一手背上，双手手指交叉抬起，使手指脱离胸壁，抢救者双臂绷直，双肩在患者胸骨上方正中，垂直向下按压，按压时利用上半身体重和肩、臂部肌肉力量，使胸骨下端按压时向下移动3～5cm。每次按压后，立即放松，使胸骨复原，但手仍贴于胸壁，按压与放松时间为1:1。

(4)按压频率为80～100次/min；按压与人工呼吸比例为：单人复苏15:2，双人复苏5:1。

(5)按压深度为3～5cm。

(6)按压有效指标为按压时可扪及大动脉搏动，收缩压在8.0kPa(60mmHg)以上；紫绀变浅；扩大的瞳孔缩小；呼吸改善或出现自主呼吸；昏迷变浅，可出现反射或挣扎。

(7)开胸心脏按压：胸外按压无效时可考虑。置患者于仰卧位，左臂外展，常规消毒皮肤，沿左第4肋间切开胸壁，切口自胸骨左缘至左腋中线，牵引肋骨。将右手伸入胸腔，摸到心尖，切开心包，立即开始心脏按压，60～70次/min，使血压升至6.7～11.0kPa(此血压能维持肾有效滤过和脑最低需氧量)，直至自动心搏恢复为止。

3．电除颤：

(1)胸外电击除颤：将2个电极板包以盐水纱布，分别置于胸骨右缘第2肋间及心尖外侧，用直流电150～400W·s做非同步电击除颤。无效时重新按压，给予静脉或心内注药等相应措施后，再行电击。电除颤时不要延误基本心肺复苏。

(2)胸内电极除颤:将电极板分别置于左右心室壁,用 100W·s 做非同步电击除颤　无效时可加大功率再进行 2～3 次,除颤间歇应继续心脏按压和人工呼吸。

4. 电起搏:心室停搏经心肺复苏及多次经静脉或心腔内肾上腺素注射无效,或顽固性心室颤动经药物及电除颤无效,可试用超速起搏除颤。

5. 药物的应用:

(1)首选肾上腺素,升高动脉压、增加脑、心肌血流量,变细颤为粗颤。常用 1‰肾上腺素溶液 0.5～1ml 静脉或经气管内滴入,可迅速吸收。亦可心脏内注射。一般可每 5min 1 次用至复苏为止。

(2)利多卡因,能使心脏电稳定。应作为常规,给所有的患者静注利多卡因 1mg/kg 体重。对复苏仍未成功或心电不稳定的患者,2min 后重复此剂量。随后以 1～4mg/min 持续静脉滴注。

(3)多次除颤失败或应用利多卡因无效者,可用普鲁卡因酰胺和溴苄胺。普鲁卡因酰胺 100mg 静脉注射,每 5min 1 次,总量为500～1 000mg,然后用 2～4mg/min 持续静脉滴注。用溴苄胺首剂 5mg/kg 体重静注,按每 15min 1 次,直至最大剂量 25mg/kg 体重。

(4)对于急性高血钾引起的顽固性室颤或低血钙及钙离子通道阻滞剂中毒患者,用 10% 葡萄糖酸钙 5～20ml 静注,速率为 2～4ml/min。

(5)对缓慢心律失常和心搏停止引起的心跳骤停处理不同于心室颤动,通常用肾上腺素 0.5～1mg 和阿托品 0.6～2mg 静注,以引起自发的电活动;或静注异丙肾上腺素 0.5mg。

(6)心跳骤停常存在代谢性酸中毒,可给予碳酸氢钠首剂 1mmol/kg 体重,以后每 10min 重复,其剂量不超过首剂 1/2,或视病情而定。

(二)肺复苏:

1. 应用使头后仰(颏提高)或下颌前移的手法使气道通畅。

2. 立即行人工呼吸。

(1)人工吹气:抢救者用一手的拇指和食指,捏住患者鼻孔,另一手抬颈,深吸一口气,和患者口对口用力吹气,然后让患者呼气,如此反复。当两人进行时,常规的心肺复苏要求每分钟进行 12 次,只有一人进行人工呼吸和胸壁按压时,每分钟 4 次。如遇牙关紧闭吹气不能时,可采用口对鼻人工呼吸,异物阻塞呼吸道时应及时清除。

(2)加压人工呼吸术：用普通麻醉用的橡皮面罩按上简易呼吸器之呼吸囊，直接进行加压呼吸；或插入外带气囊的气管插管，进行加压人工呼吸。

(3)应用人工呼吸机。

3．药物的应用：肺复苏的主要药物是呼吸兴奋剂。呼吸兴奋药只有在呼吸中枢未发生死亡以及缺氧情况得到改善的基础上发挥作用，大剂量呼吸兴奋剂只有在心跳呼吸恢复后但仍不健全情况下应用为最好。常用药物有可拉明、洛贝林、苯甲酸钠咖啡因、回苏灵等。药物剂量随病情而定。

(三)心肺复苏后的处理：

1．降温使头部温度保持在28℃，可用冰帽、冰袋物理降温或加用冬眠药物。

2．防治脑水肿：

(1)当肾功能良好，血压维持在10.6kPa以上时，用20%甘露醇100～250ml与50%葡萄糖溶液100ml，4～6h交替注射，一般维持1周。

(2)激素疗法：常用地塞米松20～30mg/d，分次静注，连续3～5d，应在复苏后尽早给予。

(3)速尿可根据病情选用。

3．维持有效循环：

(1)控制心律失常。

(2)低血压者给予阿拉明、多巴胺等纠正。

(3)伴心衰者可适当给予强心治疗。

(4)纠正酸中毒和电解质紊乱。

4．为维持气道通畅及有效呼吸可视病情选用可拉明、洛贝林。如气管插管大于48h，患者已出现反射，但呼吸道分泌物较多不易咳出时，宜做气管切开。

5．止痉：可用安定、水合氯醛等。

6．防治急性肾功能衰竭。

7．应用改善脑细胞代谢药物，如谷氨酸、γ 氨酪酸、ATP、辅酶A、细胞色素C、肌苷、维生素C等。

8. 预防感染。

9. 治疗原发病。

10. 心肺复苏后仍昏迷者，可用克脑迷 1g 溶于 5% 葡萄糖溶液 500ml，以 40 滴/min 静滴，1 次/d，可连续用 1 个月左右。或用氯酯醒 250mg/次，每 4～6h 1 次，肌注或静滴，直至清醒。

休　克

休克是一种临床综合征，是由各种原因引起的有效循环血容量急剧减少，并导致急性全身性微循环功能障碍，使维持生命的重要器官供血不足，严重缺血、缺氧，而产生代谢障碍与细胞受损的病理状态。临床表现为头晕、乏力、神志淡漠、烦躁不安、焦虑、激动、面色和皮肤苍白、口唇甲床发绀，肢端湿冷，浅表静脉塌陷，脉细数，血压下降，尿量下降等一系列症状。休克有多种类型，以下仅介绍临床常见的感染性休克、出血性休克、过敏性休克、心源性休克。

一、感染性休克

凡由于感染引起微循环功能障碍为特征的急性循环功能不全，以组织灌注不良导致组织缺氧和体内主要器官损害的临床综合征，称为感染性休克。多数由细菌感染引起，亦可由立克次体、病毒、原虫和真菌等感染引起。

【诊断要点】

(一)感染的诊断要点：

1. 详细询问病史及体格检查往往能发现感染灶。

2. 血白细胞计数和血培养检查，确定感染的性质和程度。分泌物的细菌学检查对诊断也很有帮助，如痰液、尿液、十二指肠引流液、宫内脓液、创面分泌物等检查，不但对诊断有益，而且对治疗时抗生素的选择很有帮助。

(二)休克的诊断要点：

1. 神志：可出现嗜睡、谵妄、表情淡漠、神志反映迟钝、抽搐、昏迷等。

2. 皮肤色泽及温度：面色及皮肤湿润苍白、肢端厥冷、口唇指甲发绀、可出现瘀点或瘀斑。

3. 血压：一般降低，动脉音及心音变弱，脉压差缩小。原无高血压者

的收缩压低于 10.7kPa、脉压差低于 2.7kPa；原有高血压者，血压下降 20％以上或较以前所测数值低 4.0kPa 以上者。

4．微循环再充盈时间延长，压指甲发白后再充盈时间超过 5s。

5．尿量减少甚或无尿，成人每小时尿量少于 25ml。

6．脉细弱而速，一般认为脉搏的强度是由循环血量、心输出量、心肌收缩力和周围血管张力所决定。

7．休克晚期，可出现急性弥漫性血管内凝血和重要脏器功能衰竭。诊断要点如下：

(1)DIC：表现为顽固性低血压和广泛出血(皮肤粘膜或内脏)，并有血管栓塞、血小板减少、凝血酶原时间延长、纤维蛋白原减少和“三 P”试验阳性。

(2)急性心功能不全，尤其急性左心衰是休克三大死因之一，应充分注意。

(3)肺功能不全——休克肺：呼吸困难、发绀、呼吸速率增快，可达 40 次/min 以上，双肺可闻哮鸣音，但无湿啰音，患者呈气促貌，但可以平卧，症状和体征不相称是其特点，痰为鲜红色泡沫状，心率快而无奔马律，亦可有嗜睡现象(这点和休克时肺水肿及心衰不同)。X 线胸片示双肺有斑片状分布的浸润，但肺门阴影(肺静脉阴影)正常。血气分析中早期血 pH 增高为代谢性及呼吸性碱中毒所致；晚期血 pH 下降，$P(O)_2 < 9.3kPa$ (70mmHg)。

(4)急性肾功能不全：参考有关章节。

(5)脑水肿与脑疝：参考有关章节。

(三)水、电解质紊乱与酸碱平衡失调：

1．可有稀释性低钠致肌张力减低；高钾而出现肌张力增强、心率缓慢；低钾致肌张力减低、鼓肠、心动过速；低钙致手足抽搐。

2．代谢性酸中毒时，呼吸加快、加深，血压持续不升，二氧化碳结合力低于 20mmol/L，血 pH 低于 7.3。基层无条件时可多次测尿 pH，如尿 pH 持续低于 5.5～6.0，说明已有酸中毒，必须迅速予以纠正。

【治疗】

(一)消灭致病菌及清除原发感染灶：

1．针对最可能的病因，选用强有力的、抗菌谱较广的药物，并采取联

合用药方法，剂量宜大，首次可给冲击量（一般为每次用药的加倍量），尽可能静脉给药。若病因一时无法获知，可从感染途径来推测，如可能为金葡菌感染所致，应采用新青霉素Ⅱ、先锋霉素类药物。亦可用红霉素联合氯霉素静滴。如可能为革兰阴性杆菌或混合细菌所致，可采用庆大霉素加氯霉素；卡那霉素加氯霉素；用氨苄青霉素、羧苄青霉素、先锋霉素与庆大霉素或卡那霉素合用，用丁胺卡那霉素效果更好。

2．在有效抗菌治疗下，给予短期应用激素，可以减轻毒血症症状和在一定程度上具有稳定细胞溶酶体膜的作用。必要时一般用中等量的皮质激素：成人用氢化可的松 200～300mg；儿童为 5～10mg/kg 体重。严重休克病例经各种措施积极处理后无良好效应者，可试用较大剂量皮质激素：1 次静注地塞米松 20～30mg，以后每 4～6h 重复 1 次，无论有无良好效应，均于 24h 内停药，对无休克的败血症和伴胃肠道出血倾向的感染性休克，大剂量激素应列为禁忌。休克有高凝状态并有 DIC 倾向时，亦不宜应用。

（二）补充血容量：补充血容量是治疗休克的突出问题，需要各种液体合理组合，才能保持体内生理的相对稳定。常用的液体如下：

1．低分子右旋醣酐：开始第 1h 输入 100～150ml，成人 24h 内用量通常不超过 1 000ml。

2．平衡盐溶液：有乳酸钠林格液、碳酸氢钠林格液，2∶1 液（即 2 份含钠盐的等渗钠盐溶液和 1 份不含氯的等渗钠盐溶液，如 1/6 克分子乳酸钠或 1.25％碳酸氢钠）。国内文献介绍，最简单的平衡盐液配方可用生理盐水 700ml 加入 1.25％碳酸氢钠 300ml 制成，和血浆成分相似。必要时可在平衡盐液中加入 10％葡萄糖酸钙 10ml 和 25％硫酸镁 1ml，氯化钾可视病情及尿量酌情给予。

3．血浆、白蛋白和全血：如在补充血容量的基础上血压不稳定，可给予白蛋白、血浆或可补充全血，在血红蛋白＜70g/L 时，补充全血更适合。

4．各种浓度的葡萄糖液：可以供给水分和能量，减少消耗，但不能维持血容量，高渗糖可起暂时的扩容及渗透性利尿作用。

5．输液的速度、成分、量和程序十分重要。开始补液宜 2 条通路同时进行：一条快速滴注低分子右旋醣酐或平衡盐液；一条滴注抗生素或血管活性药物。血压为 10.7/6.7kPa（80/50mmHg）时，应先补给血容量

1 000ml；血压为 0 时，应先补给 2 000ml，心肺功能良好者应争取在 2h 内输入 1 000～2 000ml，24h 内补液 3 000～4 000ml；老年人及心肺功能障碍者宜减慢，但 24h 内的总补液量一般不宜少于 2 000～2 500ml。输液速度宜先快后慢，用量宜先多后少，先盐后糖，见尿补钾。如有中心静脉压作监护，以使其维持在 1.2kPa 左右为宜。

（三）纠正酸中毒：5% 碳酸氢钠为首选，用量视临床症状和二氧化碳结合力而定，一般轻症休克用量为 200～400ml/24h，重症休克为 600～800ml/24h。如有水肿（不宜用钠离子）或代谢性酸中毒，同时有呼吸性酸中毒碳酸贮留者，可用 7.28% THAM 以每次 2～3ml/kg 体重，用 5% 葡萄糖溶液稀释 1 倍成等渗液滴注。

（四）血管活性药物的应用：通过扩容、纠正酸中毒等措施，如休克仍无好转，血压仍不稳定，即可使用血管活性药物。此类药物分为缩血管药物和扩血管药物，应用是否适时和正确十分重要。

1. 缩血管药物：早期轻型休克或高排低阻型休克可考虑选用：

（1）阿拉明：常用 100mg/L，滴速为 20～40 滴/min，浓度不宜超过 300mg/L。

（2）去甲肾上腺素：常用 5～20mg/L，滴速为 20～30 滴/min。

（3）也可用新福林、甲氧胺。

2. 扩血管药物：凡是中、晚期休克或低排高阻型休克宜采用扩血管药物，或者用缩血管及扩血管药联合应用，可得相辅相成作用。

（1）异丙基肾上腺素：常用浓度为 1～2mg/L，20～40 滴/min，静脉内缓滴。以最小的剂量使收缩压维持在 12.0kPa（90mmHg）。心率不少于 120 次/min，四肢温暖，尿量较多为宜。

（2）多巴胺：常用剂量为每次 2～20μg/kg 体重，也即常用浓度为 100～200mg/L，滴速为 20～40 滴/min。如果每分钟剂量大于 20μg/kg 体重，能使肾脏及内脏血管收缩而引起不良后果。本品常和阿拉明合用。

（3）苄胺唑啉：0.1～0.5mg/kg 体重，加入 5% 或 10% 葡萄糖溶液 100ml 内静滴，扩血管作用迅速而短暂。

（4）苯苄胺：0.5～1.0mg/kg 体重，加入 5% 或 10% 葡萄糖液 100～300ml 内静滴，40～60min 内滴完，作用可持续 48h。

3. 节后抗胆碱药可解除血管痉挛，兴奋呼吸中枢，解除支气管痉挛，

保持良好通气，以及抗迷走神经、提高窦性心律等作用。可选用以下几种药物。

(1)阿托品：剂量为每次 0.03～0.05mg/kg 体重。

(2)山莨菪碱：剂量为每次 0.3～0.5mg/kg 体重。

(3)东莨菪碱：剂量为每次 0.01～0.02mg/kg 体重。

以上 3 种药物每 10～30min 静注 1 次，待面色红润、微循环改善、尿量增多和血压回升后延长给药时间，如连续用药 5～10 次无效，可换药或联用其他药物。青光眼患者忌用。

(五)重要脏器功能的维护：

1. 心功能：老年和幼年患者，可预防性应用强心药。毒毛旋花子甙 K 0.125～0.25mg/次，幼儿为每次 0.007～0.01mg/kg 体重，或西地兰 0.2～0.4mg/次，幼儿为每次 0.01～0.02mg/kg 体重。

2. 肾功能：在血压恢复正常后仍持续少尿，可快速静滴 20% 甘露醇 100～200ml 或静注速尿 40mg；如尿量仍小于 50ml/min，而心肺功能良好者，可再重复 1 次。如仍无效，提示已发生肾功能不全。

3. 脑水肿的防治：应用渗透性脱水剂，头部降温，应用地塞米松和能量合剂。

(六)处理并发症：

1. 上消化道出血：见消化道出血的治疗。

2. 急性弥漫性血管内凝血：

(1)肝素：初始剂量为每次 0.5～1mg/kg 体重，以后根据试管法凝血时间调整剂量，使凝血时间维持在 20～30min，可每 4～6h 静注或静滴 1 次，用至 DIC 完全控制，需常用药 2～3d 以上。

(2)抑肽酶：每 2～4h 静注 2 万～4 万 u，可同时抗凝和抗高纤溶状态。

(3)华法令、潘生丁：可根据病情选用。

(七)在以上诸多治疗前，千万不要忽视休克的一般处理，如采取平卧位、保暖、保持安静、给氧，注意观察重要的生命体征，这些看来很平常的处理，也是配合休克抢救成功之必需。

二、出血性休克

出血性休克是指由于急性失血引起血容量急剧减少，导致急性贫血

与循环衰竭现象。

【诊断要点】

(一)病史:临床上严重的急性大出血以溃疡病及食管、胃底静脉曲张破裂出血最为常见,另外也见于胆道出血、肝脾破裂出血、大咯血、外伤与大手术出血、宫外孕破裂、子宫破裂、前置胎盘及胎盘早期剥离出血、凝血功能障碍等。

(二)腹腔脏器破裂所致者,常伴有突然发生的腹痛,病程继续进展时可有腹部移动性浊音,腹腔诊断性穿刺可抽得血性积液。

(三)实验室检查:急性贫血致血红蛋白和红细胞数下降。

【治疗】

(一)止血措施:按照不同的病因采取不同的止血方法(包括外科手术),以期达到止血目的,中止其发展。

1. 消化性溃疡等引起者,可选用:

(1)去甲肾上腺素 4～8mg 加生理盐水 150ml 分次口服,也可加入氢氧化铝凝胶 20ml 分次口服。

(2)冰盐水 100 毫升加正肾素 4～8mg,生大黄粉 3g,氢氧化铝凝胶 30ml 经胃管反复灌洗,2h/次。

(3)生理盐水 500ml 加甲氰咪胍 0.4～0.8 静脉滴注。

2. 食管静脉曲张破裂出血可用三腔二囊管压迫止血或用垂体后叶素 10～20u 加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静滴(冠心病忌用)。

3. 肝硬化有凝血障碍者,可用维生素 K、维生素 C、对羧基苄胺、凝血酸、6－氨基已酸(6－EACA)。常用量为 6－氨基已酸 2～4g,静注,2～4 次/d;对羧基苄胺 200～400mg 静注,2～4 次/d。

4. 止血敏 0.25～0.5g,静注或肌注,2～4 次/d。安特诺新 10mg,肌注,2～4 次/d。

5. 云南白药 1～2g,3 次/d,口服。

6. 白芨、乌贼骨粉各 2～4g,3～4 次/d,口服。

7. 经内窥镜做高频电灼或激光止血。

8. 经内科治疗无效者,行手术治疗。

(二)当血红蛋白低于(70g/L),收缩压低于 12.0kPa 时,应立即输入足量全血(疑肝硬化者,宜输新鲜血),也可先快速输入血浆代用品,如右

旋糖酐、复方氯化钠溶液、羟乙基淀粉等。最常用者为右旋醣酐，一般用量为1 000ml左右为宜，超过1 500ml以上或反复应用有致出血倾向。参考上消化道出血。

（三）其他治疗，如补充血容量、纠正酸中毒、血管活性药的应用等，请参考上消化道出血及感染性休克。

三、过敏性休克

由于抗原物质（药物、动植物等）与相应的抗体相互作用，使组织释放组织胺、缓激肽、5－羟色胺和过敏慢反应物质等，导致全身毛细血管扩张和通透性增加，血浆迅速内渗到组织间隙，循环血量急剧下降引起休克。临床以药物引起最多见，其中又以青霉素最多。

【诊断要点】

（一）有明确的用药史或毒虫刺咬伤史等。

（二）突发喉头或支气管水肿与痉挛，引起胸闷、气短、呼吸困难、窒息感、发绀等。

（三）神经系统症状：头晕、乏力、眼花、神志淡漠或烦躁不安、大小便失禁、晕厥、昏迷甚至抽搐等。

（四）循环衰竭症状：心悸、苍白、出冷汗，四肢厥冷，脉细弱，血压下降与休克。

【治疗】

（一）立即清除过敏原，如已进入体内，应尽量减慢弥散速度，由于皮肤试验引起的，用止血带结扎注射部位的上臂。

（二）肾上腺素：立即肌注1‰肾上腺素溶液，成人每次0.5～1ml，小儿每次0.02～0.05ml/kg体重、严重病例可用肌注量的1/2～2/3稀释于适量葡萄糖中静注。如心跳停止可用1‰肾上腺素1ml心内注射，并行心脏按摩。如用首次剂量后无效，可于10～15min后重复注射，也可用1～2mg加入5%葡萄糖溶液100～200ml中滴注。

（三）肾上腺皮质激素：氢化可的松100～200mg或地塞米松10～15mg静注，必要时可重复。

（四）特殊治疗：

1．青霉素过敏反应：有主张用青霉素酶治疗，肌肉注射80万u/次，可注射于原来注射青霉素的部位。

2. 链霉素过敏：用10%葡萄糖酸钙溶液10～20ml，缓慢静注。半小时后视病情可再给1次，另有氯化钙、溴化钙等均可选用。

3. 其他抗组胺药物亦可选用。

（五）其他治疗：参考感染性休克等有关章节。

四、心源性休克

心源性休克是心泵衰竭的极期表现，以致不能维持最低限度的心输出量，导致器官和组织血供不足。最常见的病因为急性心肌梗死，其次为严重心律失常、心脏直视手术后、严重心肌炎、心肌病等，现将急性心肌梗死时的心源性休克诊断和治疗介绍于下。

【诊断要点】

（一）具备冠心病的诊断标准且并发急性心肌梗死。心电图符合心肌梗死的诊断。

（二）梗死前血压正常者，收缩压＜10.7kPa；原有高血压者比梗死前下降10.7kPa以上。

（三）具有循环衰竭的症状，如神志呆滞，表情淡漠、四肢湿冷、发绀、出汗、尿量减少（＜20ml/h）。

（四）除外其他原因（如心律失常、药物影响、低血容量、临终前状态等）所致的血压下降。

【治疗】

（一）一般治疗：总的原则是减轻心脏负荷，降低心肌耗氧量。

1. 静卧。

2. 吸氧：高流量吸氧（5L/min）。

3. 止痛：吗啡5～6mg/次，哌替啶30～50mg或100mg/次，肌注或稀释后缓慢静脉滴注，但要注意对呼吸的影响；海洛因5mg/次，缓慢静注，止痛较佳，且不引起低血压。

4. 消除恶心、呕吐及其他不适。

5. 保持大便通畅。发热者积极物理降温，控制过快心率、纠正低血糖等。

（二）有条件者，尽可能迅速地进行心电监护和血流动力学监测，留置导尿。

（三）尽快建立静脉给药途径，如有低血容量，首选扩容用低分子右旋

糖酐；如并有酸中毒，应给予碳酸氢钠溶液。

（四）在补充血容量前提下，如休克仍未解除，应考虑使用血管活性药物，常用阿拉明及多巴胺联合静滴。

（五）对于低排高阻型休克（心源性休克绝大多数属于此类），在补足血容量的前提下，可用血管扩张剂：

1．降低心脏前负荷：消心痛 10mg/次，3 次/d，口服。

2．降低心脏后负荷：苄胺唑啉 0.1～0.3mg/min，静滴，必要时可增至 1～2mg/min。

3．降低心脏前后负荷：硝普钠能同时扩张小动脉及小静脉，故向前及向后衰竭都十分严重的患者应首选。一般从 15μg/min 开始静滴，每 3～5min 增加 5～10μg，通常用至 40～100μg/min，根据血流动力学变化来调整剂量，血压偏低者要密切观察。

（六）积极治疗合并症，如心律失常、DIC 等。

（七）药物治疗的同时或无效者，可采取体外反搏或主动脉内气囊反搏及紧急冠脉旁路术。

（八）急性心肌梗死的前 24h 内，洋地黄应尽量避免使用。

五、休克的中医及其他治疗

（一）中医治疗：中医学对本症的认识，大体分为寒厥、热厥、阴脱（亡阴）、阳脱（亡阳）、阴阳俱脱几种类型。

1．寒厥：无热畏寒，四肢厥冷，面色晦暗，下利清谷，尿少或遗尿，舌淡、苔白，脉微欲绝。治法：温经散寒，回阳救逆。方药：四逆汤合当归四逆汤加减。

2．热厥：发热烦渴，妄躁，胸腹灼热但手足厥冷，便秘或泻下腐臭，小便短赤，舌燥、苔黄，脉数。治法：人参白虎汤合承气汤加减。

3．阴脱：热病中出现面色苍白，发热烦躁，心悸多汗，口渴喜饮，尿少色黄，呼吸短促，舌红而干，脉细数无力。治法：益气养阴，救逆固脱。方药：固阴煎加减。

4．阳脱：谵妄气短，大汗淋漓，面色灰白，精神萎靡，呼吸气微，四肢厥冷，畏寒遗尿，舌淡而润，脉微欲绝。治法：回阳救逆。方药：参附汤，人参四逆汤加减。

5．阴阳俱脱：昏迷不醒，目呆口张，气少息促，瞳仁散大，汗出如油，

周身俱冷，二便失禁，舌卷囊缩，脉细微欲绝。治法：阴阳双补以固脱。方药：参附汤合生脉散或人参四逆汤合固阴煎加减。若见紫绀者，可加丹参、红花、赤芍、川芎。

此外，在休克的抢救中，还可据症选用下列救逆固脱的针剂。

1. 生脉针：以生脉散配制而成。以等量的50%葡萄糖注射液稀释，静脉注射或滴注。治疗心源性休克及感染性休克有效。

2. 参麦针：用人参、麦冬配制而成。每次20～30ml加入50%葡萄糖注射液等量，静脉注射，每10～30min 1次，直到血压回升后改为静滴，对心源性休克、感染性休克、失血性休克均有效。

3. 人参针：单味人参制成。每次4～10ml，加入50%葡萄糖注射液20～40ml静注，每2h 1次，至血压回升为止。

以上3种药均适用于热厥、阴脱。

4. 参附针：用人参、附子配制而成。每次10～20ml，加入50%葡萄糖注射液30～40ml，静脉推注，1～2次后，用40～80ml加入10%葡萄糖水250～500ml静滴，2次/d。适用于阳脱。

5. 枳实针：枳实制成。每次0.3～0.5g/kg体重，加入5%糖水10ml缓慢静注，每15min 1次，待血压上升后，改为每次0.15～0.35g/kg体重，加入10%葡萄糖注射液100ml中，静滴，20～40滴/min，直至血压稳定，休克纠正后停药。该药可用于低血容量休克、阴脱之重者。若枳实针与参麦针（或生脉针）同用，对过敏性休克、中毒性休克均有效。

（二）针灸治疗：

1. 休针：取人中、素髎、内关、涌泉，配少冲、少泽、中冲。中度持续刺激，间断捻针，血压稳定后方可出针。

2. 灸法：对体温低或阳脱者，可灸百会、神厥、关元、气海、足三里。

3. 耳针：取升压点、肾上腺、皮质下、交感。

（三）单验方：

1. 升压Ⅰ号（用于阴脱）：生脉散加金银花、蒲公英、白茅根、甘草。

2. 升压Ⅱ号（用于阳脱）：参附汤加当归、桂枝、细辛、通草。

3. 稳压汤（用于阴阳两脱）：人参、附子、黄精、麦冬、炙甘草。

4. 人参粉：每次3g，2～3次/d，配合参附汤、人参四逆汤、生脉散等服用，用于心肌梗死之休克。

5. 强心散(西苑医院配制)：蟾酥 1 份、茯苓 9 份为细末，装入胶囊，每日用 300ml(其中含蟾酥 30mg)，分 3 次服用。有强心利尿作用，对失血性休克有明显的升压和兴奋呼吸的作用。

6. 人参白虎泄热汤(治感染性休克脓实证)：人参、知母、黄芩、大黄、甘草。

7. 参蛤四逆汤(治肺心病休克)：人参、炮附子、炒白术、肉桂、远志、炙桑皮、葶苈子、姜半夏、麦冬、五味子、蛤蚧粉(冲服)。

8. 祛湿生脉汤(治风心病休克)：秦艽、人参、麦冬、石菖蒲、茯苓、苍术、黄芩、黄柏、葛根、羌活、当归、甘草。

9. 人参营养补心丹(治心房纤颤所致厥逆)：人参、麦冬、当归、柏仁、枣仁、五味子、茯苓、丹参、远志、石菖蒲、生熟地、炙甘草、琥珀粉(冲服)。

昏　迷

昏迷是脑功能极度抑制的状态，意识丧失，对外界刺激(如呼唤或刺激皮肤)反应低下或消失，出现感觉、运动、反射障碍，大小便失禁。

【病因】

(一)颅内疾病：

1. 炎症：流行性脑脊髓膜炎、结核性脑膜炎、乙型脑炎、病毒性脑炎、急性脱髓鞘脑病、脑型疟疾等。

2. 急性脑血管病：脑出血、蛛网膜下腔出血、大面积脑梗死(血栓形成或栓塞)。

3. 颅脑外伤：脑震荡、脑挫裂伤、颅内各种血肿。

4. 颅内肿瘤：原发性或转移性肿瘤。

5. 癫痫。

(二)颅外疾病(躯体疾病)：

1. 感染性疾病：如中毒性痢疾、肺炎、败血症、流行性出血热等引起的感染中毒性脑病。

2. 代谢性脑病：尿毒症性昏迷、肝昏迷、肺性脑病、糖尿病性昏迷、低血糖昏迷、高渗性昏迷、水中毒、酸碱中毒性昏迷。

3. 内分泌性疾病：丘脑－下垂体功能不全性昏迷、甲亢危象、粘液性水肿性昏迷、肾上腺皮质功能衰竭性昏迷、妊高征。

4. 外源性中毒性脑病：一氧化碳、药物（镇静剂、安定剂、麻醉剂）、酒精、化学毒物（有机磷、有机卤、氰化物）、重金属（砷、汞、铅）等中毒。

5. 缺氧性脑病：阿－斯综合征、持久性休克、窒息等。

6. 物理因素：寒冷、触电、中暑、高山性昏迷。

【诊断要点】

（一）病史：

1. 起病形式：

（1）起病急者应考虑急性脑血管病、颅脑外伤、心肌梗死和药物中毒。

（2）亚急性起病者应考虑脑炎、脑膜炎、肝昏迷、尿毒症等。

（3）逐渐发生、进行性加重者应考虑颅内占位性病变和慢性硬膜下血肿。

（4）一过性昏迷应考虑暂时性脑供血不足、阿－斯综合征、癫痫。

2. 首发症状：

（1）剧烈头痛：蛛网膜下腔出血、脑出血、颅内感染、颅内高压症。

（2）高热、抽搐发生在7～9月份者见于乙脑；发生冬春季者见于流行性脑脊髓膜炎。

（3）精神症状：散发性脑炎、额叶肿瘤。

（4）眩晕、头晕的老年患者：椎－基底动脉供血不足。

3. 发病时所处的环境：

（1）附近有高压线：电击伤。

（2）炎热的夏季：中暑。

（3）室内密闭且有煤气来源：一氧化碳中毒。

4. 既往史：高血压病史提示脑血管意外；糖尿病史提示酮症酸中毒、高渗性昏迷、低血糖昏迷；肾脏病史提示尿毒症；心脏病史提示脑栓塞、心肌梗死等心脑综合征；肝脏病史提示肝昏迷；肺源性心脏病提示肺性脑病；癌症史提示脑癌转移；颅外伤史提示颅内血肿；疫苗接种史提示急性脱髓鞘脑病；病前有强烈精神刺激提示服毒自杀。

（二）一般体格检查：

1. 血压与脉搏：血压低者提示心肌梗死、动脉瘤破裂、外伤性内脏出血、肺梗死；颅内压高伴血压下降、脉搏增快者提示可能发生脑疝，损伤了脑干，预后不良。

2. 体温升高：中枢神经系统感染；急性昏迷于数小时后体温达 39℃以上者，应考虑脑干（特别是桥脑）和脑室出血。

3. 呼吸方式异常：过度呼吸提示代谢性酸中毒、严重缺氧、脑功能障碍；低肺泡性换气提示二氧化碳麻醉等肺性脑病。

4. 呼吸气味异常：酒精味提示酒精中毒，丙酮味提示糖尿病，氨味提示尿毒症，肝臭味提示肝昏迷，大蒜味提示有机磷农药中毒。

5. 皮肤：头皮伤痕提示颅脑外伤；耳鼻流血和皮下瘀斑提示颅底骨折。

6. 淋巴结肿大的老年颅内高压者提示脑转移癌。

7. 腹壁静脉怒张、腹水、肝脾肿大者提示肝性脑病。

（三）神经系统检查：根据有无脑膜刺激征和脑局灶神经体征、将昏迷分为 3 类：

1. 脑膜刺激征（+）、脑局灶神经体征（-）：

（1）先有突发的剧烈头痛者提示蛛网膜下腔出血。

（2）先有发热者提示脑膜炎、脑炎。

（3）小脑扁桃体疝。

2. 脑膜刺激征（+）或（-）、脑局灶神经体征（+）：

（1）有外伤者提示脑挫裂伤、硬膜外血肿、硬膜下血肿。

（2）有突然发生的昏迷者提示脑血栓形成、脑栓塞、脑出血。

（3）先有发热者提示脑炎、脑脊髓炎、脑脓肿、脑血栓性静脉炎。

（4）慢性发病者提示脑脓肿、慢性硬膜下血肿。

3. 脑膜刺激征（-）、脑局灶神经体征（-）：

（1）属外源性中毒性脑病者提示酒精、麻醉剂、安眠药、吗啡、一氧化碳等中毒。

（2）代谢性（即内源性）脑病者提示尿毒症、急性尿卟啉症者有尿检验异常；肝性脑病者可有黄疸；肺性脑病者常伴紫绀。

（3）伴有休克者提示低血糖、心肌梗死、肺梗死、大出血等。

（4）伴高热者提示严重感染性疾病、热射病、甲状腺功能亢进危象。

（5）伴体温低者提示酒精中毒、吗啡中毒、粘液性水肿性昏迷。

（6）有外伤史者提示脑震荡。

（7）有反复发作史者提示癫痫。

(四)辅助检查:

1. 对怀疑有颅内病变者(一般有脑膜刺激征或/和脑局灶神经系统体征),可做以下检查以寻找病因:

(1)腰穿:检查脑脊液压力(正常卧位压力不超过1.8kPa)、常规和生化检查。估计有颅内高压者应慎做腰穿。

(2)影像学检查:选做头颅X平片、脑血管或脑室造影、头颅CT、核磁共振、正电子发射扫描等。

2. 对怀疑全身疾病者(一般没有脑膜刺激征、脑局灶神经系统体征),可选做以下检查,寻找病因:

(1)血液:常规、血糖、尿素氮、CO_2CP、血pH值、钠、钾、钙、磷、氯化物、酮体、血氨等。

(2)尿:常规、糖、酮体等。

(3)必要时做血和有关体液的细菌培养和毒物分析。

(4)心电图、有关脏器的B超。

【治疗】

治疗昏迷的基本原则是尽速查明和除去病因,但是有的患者一时难以查出病因,这时需要针对存在的紧急情况,先做对症处理:

(一)维持呼吸道通畅,解除窒息,吸氧,必要时气管插管或切开,人工辅助呼吸。

(二)制止出血,纠正休克和心力衰竭,处理严重的心律紊乱。见有关章节。

(三)控制过高的血压。见高血压病。

(四)对颅内高压和脑疝,应急用脱水剂或脑室穿刺引流。见颅内高压综合征和脑疝。

(五)调节过高或过低的体温。

(六)对服毒、中毒可疑者,应洗胃或做洗液检验(见中毒性疾病)。

(七)控制癫痫状态。见癫痫的治疗。

(八)纠正严重水、电质紊乱和酸碱失衡,尽早用神经营养药、辅酶和葡萄糖等,以保护神经细胞。

然后进一步查明病因,妥善治疗,以免坐失良机。

急性心功能不全

急性心功能不全系指心脏在短时间内发生心肌收缩力明显减低或心室负荷加重，而导致急性心排出量减低的临床情况。其中以急性左心衰竭最为常见，表现为急性肺水肿，可发生心源性休克和心搏骤停。急性右心衰竭比较少见，多由大块肺栓塞所致，表现为急性肺源性心脏病。本节仅介绍急性左心衰竭。

【诊断要点】

（一）有心血管疾病的病史和临床表现。

（二）有肺水肿的临床表现：突然出现严重呼吸困难，呼吸可达 30～40 次/min。端坐呼吸，频繁咳嗽，咯出粉红色泡沫痰，伴烦躁不安、面色灰白、口唇青紫、大汗淋漓。

（三）发作时心率和脉搏增快，血压在起始时可升高，以后可降至正常或低于正常，两肺可布满湿啰音及哮鸣音。

（四）可有心源性休克和心脏骤停。

【治疗】

（一）体位：取坐位或半卧位，两腿下垂；必要时可轮流结扎四肢，以进一步减少静脉回流。

（二）给氧：高流量给氧（可达 6～8L/min）。必要时可给予面罩加压吸氧和抗泡沫剂，以纯氧通过湿化瓶，湿化瓶中有 70%～95% 酒精（适于意识清醒患者）、20%～30% 酒精（适于昏迷患者）、10% 硅酮或 1% 二甲基硅油。

（三）吗啡：3～5mg 静脉注射或 5～10mg 皮下（肌肉）注射。但有呼吸抑制、昏迷、休克和慢性肺炎者忌用。

（四）快速利尿：速尿 20～40mg 或利尿酸钠 25～50mg 加入 25% 葡萄糖液 20ml 中静脉注射。

（五）氨茶碱：0.25g 加入 50% 葡萄糖液 20～40ml 中缓慢静脉注射。

（六）血管扩张剂：酚妥拉明 5～10mg 加入 25% 葡萄糖液 40ml 中缓慢静脉注射；或以 0.05～0.3mg/min 速度静脉滴注。也可静脉滴注硝普钠。须严密观察血压变化，若收缩压较原来下降 2.7～4.0kPa（20～30mmHg），应暂停给药。

(七)强心剂：

1. 西地兰0.4～0.8mg加入25%葡萄糖液20ml中缓慢静脉注射，2～4h可根据病情需要再注射0.2～0.4mg，适用于伴有心率过快和心律失常的急性肺水肿患者。

2. 毒毛旋花子甙K 0.25mg加入25%葡萄糖液20ml中，缓慢静脉注射，4～6h要根据病情再注射0.125～0.25mg，适用于2周内未用过洋地黄、心率在110次/min以下及因心肌梗死所致急性肺水肿患者。

3. 重度二尖瓣狭窄而伴有窦性心律的急性肺水肿患者忌用。

(八)地塞米松10～20mg加入10%葡萄糖液20～40ml中静脉注射。

(九)放血疗法：经上述综合治疗无效时，可用放血疗法，于肘前静脉用大号针头(15号针头)穿刺或切开放血300～500ml，往往有良好效果，但术前必须取得患者家属同意。

呼吸衰竭

呼吸衰竭是呼吸功能严重障碍，呼吸大气压空气时，发生缺氧，动脉血氧分压($Pa(O_2)$)低于8.0kPa(60mmHg)和(或)二氧化碳潴留，二氧化碳分压($PaCO_2$)高于6.7kPa(50mmHg)，引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。呼吸衰竭有急性和慢性之分。急性呼吸衰竭是指肺功能原来正常，由于突发原因(如溺水、电击、外伤、药物中毒、呼吸道受物理化学因素直接刺激等)使肺功能突然发生衰竭的一种临床情况；慢性呼吸衰竭则是慢性呼吸系统疾病(如慢性支气管炎、肺气肿或尘肺等)所致的肺功能减退。

【诊断要点】

(一)常有呼吸系统慢性疾病或其他急性呼吸衰竭及失代偿呼吸衰竭病史。

(二)呼吸异常表现：轻者仅感呼吸费力；重者感到呼吸劳累窘迫，大汗淋漓。中枢性呼吸衰竭的呼吸困难主要表现在节律和频率方面的改变，如潮式呼吸、间歇呼吸、叹息呼吸、双吸气呼吸以及呼吸深快而均匀或慢而不规则，甚至呼吸停止等。呼吸器官引起的呼吸困难，表现为点头或抬肩呼吸。

(三)精神、神经症状(肺性脑病的表现)：

1. 缺氧：轻度时有头痛、眩晕、软弱、烦躁、记忆力和判断力障碍、严重时有神志恍惚、无意识动作、谵妄，甚至抽搐、昏迷以至死亡。

2. 二氧化碳潴留：$PaCO_2$ > 9.3kPa(70mmHg)时表现为头痛、头昏、兴奋、烦躁、幻觉、精神错乱。当 $PaCO_2$ 高至 10.7～15.9kPa(80～120mmHg)时，则中枢神经系统抑制、昏迷。

(四)心血管系统改变：早期血压升高，心动过速，心输出量增多；严重者出现血压下降，心律失常，心动过缓，传导阻滞，甚至发生心室停顿或心室颤动而死亡。

(五)其他：酸碱平衡紊乱，肾功能和肝功能损害，血尿素氮和谷丙转氨酶可增高；严重呼吸衰竭患者可发生消化道出血危及生命。

(六)动脉血气分析：

1. Ⅰ型呼衰：PaO_2 < 8.0kPa(60mmHg)，$PaCO_2$ 正常或稍低。

2. Ⅱ型呼衰：PaO_2 < 8.0kPa(60mmHg)，$PaCO_2$ > 6.6kPa(50mmHg)。

【治疗】

(一)保持呼吸道通畅：

1. 清除痰液，湿化痰液，鼓励及帮助患者咯痰。

2. 解除支气管痉挛：

(1)茶碱类：常用氨茶碱 0.1～0.2g，3 次/d，口服。亦可用氨茶碱或喘定 0.25g，肌肉注射，或加 50% 葡萄糖液 40ml 后缓慢静注。

(2)β 受体兴奋剂：舒喘灵 2.4～4.8mg，3 次/d，口服。

3. 气管插管或气管切开：昏迷患者一般主张先气管插管，若 48～72h 仍无好转，应做气管切开；尚有意识的患者宜做气管切开，随时吸痰。

(二)纠正缺氧，使肺泡氧张力增高，减低呼吸肌做功，减轻心肌负荷。

1. Ⅰ型呼衰：应给予 60%～80% 的高浓度吸氧，以能将 PaO_2 提高到 8.0kPa(60mmHg)以上为宜，对严重失血性贫血、急性一氧化碳中毒、急性氰化物中毒、急性气体栓塞等所致的特殊Ⅰ型呼衰患者，可采用高压氧治疗(2～3 个大气压)，其疗效肯定。

2. Ⅱ型呼衰：适用低浓度控制给氧。

(三)呼吸兴奋剂的应用：通气严重不足伴有神志不清或昏迷的患者，可用中枢神经兴奋剂，如尼可刹米、山梗菜碱、咖啡因、回苏灵、戊四氮等。这些药物对呼吸中枢具有强力兴奋作用，可使患者神志转清，提高通气

量，上述药物中以尼可刹米的作用较著，副作用较少；可选用0.375～0.75g静脉推注，然后以3.75g加入5%葡萄糖液500ml中做静脉滴注。同时加用氧疗，以提高疗效。患者清醒后应鼓励自主呼吸，努力咯出痰液，或用面罩加压呼吸，积极改善通气和吸气分布均匀性。少数患者可有烦躁不安、颜面潮红、面部肌肉颤动、全身抽搐等反应，减缓滴注速度或停用后，上述副作用迅速消失。

（四）控制感染：肌注或静滴敏感抗菌药物，对未曾用抗生素者，可首选青霉素、链霉素；感染严重者可合用红霉素、氯霉素或氨苄青霉素，在应用3～5d后无效者可根据药敏结果更换抗生素。

（五）纠正电解质紊乱及酸碱平衡失调：对二氧化碳潴留引起的呼吸性酸中毒应以加强通气为主。血液pH低于7.2，$PaCO_2$显著增高，一时难以改善或有混合性酸中毒者，可适当补充碳酸氢钠，一般给4～6g，不宜过多，以防碱中毒。呼吸衰竭恢复期注意有无低血钾和代谢性碱中毒，必要时可口服氯化钾。

（六）强心剂：急性肺水肿或慢性阻塞性肺疾病，经上述治疗无明显效果，并且出现心功能不全症状者，可给毒毛旋花素K 0.25mg或毛花丙甙0.4mg，缓慢静注，年老病情重者减半。必要时2～4h后再使用半量。

（七）并发症的治疗：对肺性脑病患者的谵语、烦躁不安和精神症状，在排除代谢性碱中毒后，应着重改善肺泡通气，避免使用能加重呼吸抑制的镇静剂。必要时，在严密观察下，应即给予呼吸兴奋剂并进行辅助呼吸。禁用吗啡、哌替啶或巴比妥类药物，甚至氯丙嗪等亦应列为忌用。

（八）中医治疗：　是湿痰，痰多稀白，胸痞恶心，不思饮食，舌苔白、厚腻，脉滑。治以燥湿化痰，方用二陈汤；二是燥痰，痰粘稠，咽干鼻燥，苔黄而厚、少津液，脉滑数。治以清肺润燥，方用玄麦甘桔汤加贝母、瓜蒌。如出现肺虚而无所主，宜收敛肺气，方用生脉散；如肾虚气不归元者，宜摄纳肾气，方用七味都气丸。

成人呼吸窘迫综合征

成人呼吸窘迫综合征（简称ARDS）是急性呼吸衰竭的一种类型。患者原来的心肺功能正常，但由于各种原因（严重休克、创伤、感染之后、毒气吸入、输血输液过量、氧中毒、缺氧等）引起肺充血、肺间质和肺泡水肿、

肺泡萎陷、肺不张、肺泡内透明膜形成、通气血流比例失调而导致严重低氧血症。临床上出现极度呼吸困难的典型症状。一般给氧疗法很难纠正，病死率可高达60%。

【诊断要点】

(一)既往无明显心肺病史。

(二)新近有外伤、休克、脓毒症、病毒性肺炎、异物吸入、骨折、氧中毒、输液过量等病史。

(三)在基础病抢救过程中或在基础病已趋稳定数小时或数天后，逐渐出现呼吸困难、呼吸频数与心动过速。一般常为浅而速的过度通气、部分患者可出现喘鸣，吸气时肋间隙与胸骨上窝下陷。呼吸频率在35次/min。早期缺氧现象不明显，随着病情发展，紫绀加重，吸氧难以纠正，最后导致心力和周围循环衰竭。

(四)根据症状、体征与X线表现，可以分为早、中、晚3期。

1. 早期：呼吸＞35次/min，无紫绀，无异常体征，X线无异常或肺纹理增多，边缘模糊。

2. 中期：呼吸＞40次/min，出现紫绀，肺部可闻及啰音。X线胸片出现散在小片样浸润影，提示间质性肺水肿。

3. 晚期：呼吸极度窘迫，紫绀进行性加重，肺部体征有管状呼吸音和大量干湿啰音。X线示浸润扩展，融合呈大片实变。

(五)辅助检查：

1. pH值：早期＞7.5，晚期＜7.5，早期有代谢性酸中毒时pH值可正常。

2. 早期及中期因通气过度，动脉血二氧化碳分压多小于4.0kPa；晚期因通气障碍，$PaCO_2$＞6.7kPa。

3. 肺泡－动脉氧压差($A-aDO_2$)，吸空气时＞4.0kPa(正常人为1.5～3.0kPa)，吸纯氧＞13.3kPa(正常人＜10.0kPa)。

4. 肺内分流量测定(QS/QT)，正常值＜5%，ARDS患者常大于10%。

【治疗】

(一)积极治疗基础病，预防ARDS的发生。

1. 积极抢救休克，改善微循环，恢复与调整机体代谢功能。

2. 避免输液过量，在输液过程中，应随时参考中心静脉压、动脉血压、脉压与尿量。

3. 避免长时间高浓度的氧气吸入，在病情允许下尽可能用较低的氧浓度，保持 PaO_2 在 8.0kPa(60mmHg)以上即可。

(二)体位：头胸部稍抬高、两足下垂之平卧位，可以减轻对肺底的压迫，减少回心血量，增加肺活量，改善通气功能。

(三)纠正低氧血症是治疗的关键措施，早期可用高浓度吸氧(50% 以上)以维持动脉血氧分压在 8.0～9.7kPa 的低安全水平。若纯氧吸入仍不能有效提高血氧分压，即应使用呼吸道持续正压吸氧。如正压吸氧后动脉血氧分压仍低于 6.7kPa，或患者呼吸极度困难、通气不足、有二氧化碳潴留趋向时应立即使用机械呼吸治疗。机械呼吸治疗可以替代自主呼吸，缓解呼吸困难症状，但仍不能防止呼气末肺泡的萎陷，故单纯使用间歇正压吸气，效果不显著。机械呼吸加用呼气末正压(PEEP)可显著提高疗效。

(四)肾上腺皮质激素：可在病初 3～4d 内使用地塞米松 20～40mg/d，或氢化可的松 300～400mg/d，加液体内静滴。

(五)控制液体入量保持体液负平衡，迅速而有效地解除水肿是抢救 ARDS 的重要手段。应严格控制液体入量。输入液量以不超过1 500～2 000ml/d 为宜。在维持适当的动脉血压的情况下，入量应少于出量，保持1 000ml(不包括不显性失水)左右体液负平衡。可采用速尿 40～60mg/d，或酌情加量。

(六)纠正酸碱平衡失调：

1. 呼吸性碱中毒：保持呼吸道通畅，纠正缺氧，减轻过度换气，重症可补充氯化钾，血氯升高可促进肾脏排出 HCO_3^-。

2. 呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒：主要是畅通呼吸道，改善呼吸功能，以解除缺氧和二氧化碳潴留；如 pH＜7.2 时，可用 5% 碳酸氢钠 200ml 静脉滴注。

(七)控制感染：肺部感染常为致死原因之一，可联合应用抗革兰阴性及阳性细菌的抗生素 2～3 种。在确定病原菌后，可以改用相应有效抗生素。

(八)改善肺微循环：在扩大血容量和纠正酸中毒的基础上适当用血

管扩张剂，以改善微循环，减轻肺水肿。

1. 山莨菪碱 20～40mg，静注，每 5～15min 后可重复用药。

2. α－受体阻滞剂：苄胺唑啉（酚妥拉明）20～30mg 溶于 500ml 葡萄糖溶液中，静脉滴注或多次小量静脉推注，每次 1mg，每 15min 或 20min 重复 1 次，使用时密切注意收缩压不应低于 12.0kPa（90mmHg）。

3. 肝素：剂量为每次 1mg/kg 体重，稀释后快速静脉滴注，每 6h 1 次。该药可防止血小板凝聚并能消除血浆内脂肪颗粒的作用。

肝性脑病

肝性脑病又称肝性昏迷，是严重肝病所致的以代谢紊乱为基础的中枢神经系统的综合病症，临床上以意识障碍和昏迷为主要表现。

【诊断要点】

（一）严重肝病和（或）广泛门体侧枝循环的病史。

（二）有上消化道出血、大量排钾利尿、放腹水、高蛋白饮食、安眠镇静药、麻醉药、便秘、尿毒症、外科手术、感染等诱因。

（三）有精神、神经系统症状。根据有无扑击样震颤及脑电图改变情况，可把肝昏迷分为 4 期。一期（前驱期）仅为轻度性格改变和行为异常，如表情冷漠、易激动、随地大小便等，但应答切题，可有扑击样震颤，但脑电图正常。二期（昏迷前期）为意识错乱，睡眠障碍，行为失常。有肌张力增高，腱反射亢进，巴宾斯基征阳性以及踝阵挛。扑击样震颤阳性，脑电图异常。三期（昏睡期）以昏睡和严重精神错乱为主，昏睡，肌张力增加，锥体束征阳性，脑电图异常。四期（昏迷期）为神志完全丧失，深昏迷时多种反射均消失，肌张力降低，瞳孔散大，脑电图明显异常。

（四）实验室和辅助检查：

1. 血氨：慢性肝性脑病尤其是门体分流性脑病患者多有血氨增高，急性肝昏迷者血氨正常或增高。

2. 脑电图检查：前驱期脑电图检查为正常范围，从昏迷前期至昏迷期脑电图检查为异常或明显异常，表现为节律变慢，昏迷前期或昏迷期 4～7 次/s Q 波，昏迷期两侧同时出现对称的高波幅 δ 波。

3. 氨基酸测定：血浆氨基酸测定可发现芳香族氨基酸含量增高，而支链氨基酸含量降低。

【治疗】

(一)去除诱因:严格控制蛋白质摄入量,慎用镇静剂,及时治疗上消化道出血和感染,纠正水、电解质和酸碱平衡失调,保持大便通畅。

(二)降低血和脑脊液中的氨水平:

1. 停服蛋白质和含氨药物。

2. 补充足够葡萄糖使热量维持在 5 023～6 698kJ,以减少体内氨的产生。

3. 食醋或白醋 20～30ml 加生理盐水稀释至 200ml,保留灌肠,2～3 次/d。60% 乳果糖糖浆 20～90ml,3 次/d 口服,以降低肠内 pH,使氨转变为铵。

4. 新霉素 2～6g/d 或灭滴灵 0.2g,4 次/d 口服,以抑制肠内产氨。

5. 谷氨酸钠(钾)80ml 加入葡萄糖液中静滴,1～2 次/d。也可用精氨酸 10～20g/次,加入葡萄糖液中静滴,1 次/d。

(三)补充正常神经递质:左旋多巴 0.5～1.0g 加入葡萄糖液中静滴,1 次/d。常可使患者清醒,但无改善肝功能作用。

(四)给以支链氨基酸为主或含量较高的复方氨基酸 250～500ml/d,静滴,目的在于调整支/芳比值,有助于改善神经精神症状,缓解病情。

(五)昏迷者给鼻饲安宫牛黄丸或醒脑静静滴,有清热开窍功效。

(六)中医治疗:

1. 闭证:

(1)湿浊内闭:精神呆滞,表情淡漠,嗜睡,神志模糊,语言不清,渐趋昏迷,舌苔厚腻,脉濡细。治法:化湿泄浊开窍。方药:苏合香丸,每次 1 丸,1～2 次/d。

(2)痰热内闭:发热烦躁,甚则怒目狂叫,两手震颤或有抽搐,渐趋昏迷,口中臭气,喉有痰声,便秘尿赤,舌红、苔黄,脉弦数。治法:清热化痰,开窍熄风。方药:黄连解毒汤,另服安宫牛黄丸 1 粒。

2. 脱证:气阴两竭,表现为精神萎靡,嗜睡,呓语,神志模糊,渐趋昏迷,两手乱动,气促,汗出粘手,舌淡、苔薄,脉沉细数。治法:益气养阴固脱。方药:生脉散加煅龙牡。

(七)针灸治疗:

1. 体针:取人中、涌泉、十宣为主穴。发热加合谷;痰多加丰隆;抽搐

加太冲。闭证用泻法不灸，刺十宣放血；脱证用补法，并用艾灸百会、关元。

2. 耳针：取皮质下、肝门、心门、神门。

上消化道出血

上消化道出血是指食管、胃、十二指肠和胰腺、胆道的出血，胃空肠吻合术后的空肠上段等处的出血也包括在内。出血的原因有炎症、溃疡、糜烂、憩室、肿瘤、损伤、食管与胃底曲张静脉破裂等。

【诊断要点】

（一）有慢性反复发作和周期性、节律性上腹痛者，且出血前疼痛加剧，而出血后减轻或缓解时，提示溃疡病出血。右上腹疼痛缓解之后，出现呕吐或黑便，提示出血来自胆道。

（二）有慢性肝炎、血吸虫病或慢性酒精中毒史。出血后出现腹水、昏迷的患者，肝硬化的可能性大。出血量大、血色鲜红、呈喷涌状，应考虑食管胃底静脉曲张破裂。

（三）剧烈呕吐之后呕血，应疑及贲门粘膜撕裂综合征。间歇性发作的呕吐和黑便，应考虑到急性胃粘膜病变。

（四）年龄在40岁以上，近期上腹部不适，伴食欲不振、消瘦的患者，应考虑胃癌，有家族史者应高度警惕。

（五）临床表现主要是呕血和黑便或仅有黑粪而无呕血。呕出的血多为暗红或鲜红色，常混有食物残渣。如系大量出血可导致贫血、休克、肝性脑病或急性肾功能衰竭等。

（六）体检：溃疡病出血时，有上腹部压痛。左锁骨上或左腋窝淋巴结肿大时，应考虑胃癌。肝硬化时可有黄疸、蜘蛛痣、肝掌、脾大等。胆道出血时，可有黄疸、右上腹压痛及胆囊肿大。出血性休克时可有脉搏增快，血压下降等。

（七）辅助检查：

1. 大便与呕吐物的潜血试验，可确定是否为消化道出血。

2. 血红蛋白及红细胞的测定可帮助估计出血量及病情严重性。

3. 肝功能检查有助于肝硬化确诊。

4. 疑出血性疾病或血液病时，应做血常规，血小板计数，出、凝血时

间，凝血酶原时间及骨髓检查

5.X线钡餐检查宜在出血停止和病情稳定1～2d后进行检查。过早检查易诱发再出血。

6.内镜检查可直接观察食管、胃及十二指肠病变，可发现病变与出血灶，并能采取活组织做病理诊断。一般应在出血后5～48h内进行检查。重症出血者，应在抗休克治疗后收缩压达10.7kPa(80mmHg)左右时方可进行检查。

7.经内镜检查未能明确病灶而反复出血的患者，可采用腹腔动脉或肠系膜上动脉造影，进行定性诊断。

【治疗】

(一)一般方法：

1.绝对卧床，去枕平卧并将两下肢抬高。

2.一般不需禁食，进食流质。如有剧烈呕吐或是食管静脉曲张破裂大出血者，则暂禁食2～3d。

3.严密观察病情变化：

(1)呕血与黑粪情况。

(2)神志变化。

(3)脉搏、血压与呼吸情况。

(4)肢体是否温暖，皮肤与甲床色泽。

(5)周围静脉特别是颈部静脉充盈情况。

(6)每小时尿量。

(7)定期复查红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积及血尿素氮。

(8)中心静脉压测定。

(9)老年患者须心电监护。

4.有气促、紫绀者给予吸氧。

5.烦躁者，可酌情给非那根、鲁米那、安定等。肝硬化患者禁用巴比妥类药物。

6.留置胃管：胃管在上消化道出血中应用的意义：①可以观察出血是否停止；②抽取胃内容物，减轻胃的压力，改善胃粘膜的循环、抽出胃液可降低胃内酸度、防止凝血块被消化，有利于止血；③可通过胃管及时给药治疗。

(二)积极补充血容量：

1. 立即定血型及配血。输血指征为：①血红蛋白在 70g/L 以下，红细胞计数在 3.0×10^{12}/L 以下；②收缩压低于 12.0kPa(90mmHg)；③脉搏 120 次/min 以上；④红细胞压积在 30% 以下。以上情况需综合考虑。每输入 300ml 血升高血红蛋白约 10g/L 或红细胞压积 3%～4%。

2. 输血量：

(1)平卧时，将头抬高 30°，历时 3min，如脉率增加 30 次/min 以上者，相当于中度失血，需输血 590ml。

(2)坐起有昏厥趋向或出现休克，相当于重度失血，需输血 1 000ml。

(3)卧床时脉率在 130 次/min 以上、严重休克者，需输血 2 000ml。

3. 输血速度：

(1)一般每小时输血 90～150ml。

(2)收缩压在 6.7kPa(50mmHg)以下者，应每 0.5h 输血 500ml，必要时可用动脉加压输血，待血压回升到 10.7kPa(80mmHg)时，才改为一般速度。

4. 补液：少量失血，输入平衡盐液即可。中等量或大量失血者，在未配好血之前，可先输入生理盐水或 706 代血浆、右旋糖酐 500～1 000ml，以后酌情给全血及平衡盐液。平衡盐液种类有：①1.25% 碳酸氢钠溶液(1/3)和复方氯化钠(2/3)；②1.25% 碳酸氢钠溶液(1/3)和等渗盐水(2/3)；③1/6M 乳酸钠溶液(1/3)和复方氯化钠溶液(2/3)。用量：每失血 1ml 可用平衡盐液 3ml 来补偿；第 1h 给 500～1 000ml，或按体重 10ml/kg 输给，以后每小时减为 5ml/kg 体重。血红蛋白低于 70g/L 者，须同时输血。平衡盐液输入量过大，可产生血液稀释、组织水肿、钠过多等，应予注意。

5. 升压药的应用：对失血性休克原则上不主张用血管加压药。但当血容量基本上已补足，又排除了心功能不全等因素，而休克仍未得到纠正，这提示微血管是扩张状态，此时可选用间羟胺、多巴胺或去甲肾上腺素等。

6. 纠正酸中毒。

7. 急性肾功能衰竭的治疗：若脱水已纠正，收缩压回升到 10.7kPa 以上，但仍无尿或尿量少于 17ml/h，尿相对密度在 1.018 以下者，应拟按

急性肾功能衰竭处理。

(三)止血措施:一般先考虑非手术治疗。

1. 去甲肾上腺素:

(1)口服法:去甲肾上腺素 1～2mg 加氢氧化铝凝胶 20ml,1 次口服,3～4 次/d;或去甲肾上腺素 4～8mg 加入 150ml 冰盐水中,1 次口服,每 2～6h 重复 1 次。

(2)胃内灌注法:去甲肾上腺素 8mg 加入 900ml 生理盐水中,混合注入胃内,30min 后从胃内抽出,再重复灌注;或用去甲肾上腺素 16mg 加入 5% 葡萄糖液 500ml 内,胃内滴入,5h 滴完。老年有动脉硬化者慎用。

(3)腹腔注射法:对食管胃底静脉曲张破裂出血,加用上法效果不佳时,可将去甲肾上腺素 10mg,用 100～200ml 生理盐水稀释,做腹腔内注射,适当改变体位。必要时可将口服或胃内灌注与腹腔内注射同时使用。胆道出血可采用腹腔内注射。但应注意腹腔内注射若不慎注入肠壁或肠系膜可引起局部坏死。特别是腹腔有粘连存在时,即使未注入肠系膜或肠壁,药物局限在某一小区域内也可能导致局部组织坏死。

2. 冰盐水洗胃:将 γ 型胃管插入胃内,迅速注入冰盐水500～1 000 ml,随即如数抽出,30～60min 内用 5 000～10 000ml 冰盐水,可使粘膜血管收缩,收到良好止血效果。

3. 根据病情选用下述止血药物 1～2 种:

(1)维生素 $K_1$10mg,2 次/d,肌肉或静脉注射。

(2)安络血 10mg,2～4 次/d,肌肉注射。

(3)凝血质 15mg,2～4 次/d,肌肉注射。

(4)止血敏 0.25g,2 次/d,肌肉注射。

(5)6－氨基已酸 4～6g,加入 5% 葡萄糖液或 5% 葡萄糖盐水 100ml 中,静脉滴注,在 10～30min 内滴完。以后再每小时 1g 维持。

(6)抗血纤溶芳酸(PAMBA)0.2～0.4g 加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静脉滴注;或以 0.1～0.2g,2 次/d,静脉注射。

4. 脑垂体后叶素:适用于门静脉高压所致的上消化道出血。紧急时先用10u 加 5% 葡萄糖液 40ml 缓慢静注(15min),然后用 10u 加入葡萄糖液 100～200ml 中静滴,速度应保持 20～30 滴/min,1h 后可重复 1 次,然后每 4～6h 重复 1 次。血管加压素效果更好。有心肌缺血者应禁用。

5. 三腔管气囊压迫止血：适用于门静脉高压所致的上消化道出血。

6. 彻底中和胃酸法：先经胃管把胃内容抽尽，然后注入氢氧化铝凝胶 60～120ml，15min 后再抽出少许胃液用试纸测 pH 值，如小于 6.0，再注入 60ml 直到 pH 值为 6.0，以后每小时抽胃液查 pH 值加以调整，适用于消化性溃疡及应激性溃疡。

7. 消化性溃疡及急性胃粘膜病变出血，可用组织胺 H_2 受体拮抗剂，如甲氰咪胍 200～400mg 加入 10% 葡萄糖 250ml 内静滴，每 4～6h 1 次，止血后改为口服。如同时加用制酸剂口服效果更好。

8. 通过内镜在直视下对出血病灶进行止血，可用组织粘合剂或 5% 碱式硫酸铁溶液（孟氏液）10～20ml 直接喷于出血病灶上；也可用高频电凝止血或用激光止血，对消化性溃疡出血疗效较好。对食管曲张静脉破裂出血者，可通过内镜行食管壁静脉瘤硬化剂注入治疗，可使曲张静脉栓塞达到止血目的，硬化剂有鱼肝油酸钠、橄榄油酸、乙醇胺油酸盐等。

（四）手术治疗：

1. 消化性溃疡出血的手术治疗：

（1）虽给予大量输血和抗休克治疗，但 24～48h 后症状仍未改善者。

（2）典型溃疡病史，年龄在 45 岁以上。经治疗 24h 仍不能控制出血者。

（3）快速大量出血，在 6～8h 内输血 600～800ml；或 24h 内输血1 000 ml 以上，血压仍不稳定者。

（4）输血后情况一度好转，停止输血或速度减慢后病情又恶化者。

（5）过去反复多次出血，或短时间内又大出血者。

（6）合并穿孔、幽门梗阻或癌变者。

2. 胃、食管曲张静脉破裂出血的患者，如经内科积极处理 24h 仍不能控制出血者，应及早施行紧急外科手术。

急性肾功能不全

急性肾功能不全是急骤发生的尿毒症综合征。广义而言，任何原因引起的急剧发生的肾功能紊乱均属于此。传统的病因分类为肾前性（如失血，休克，严重失水、电解质平衡紊乱，急性循环衰竭等）、肾性（急性肾小球肾炎、重症肾盂肾炎、急性肾血管炎、急进性肾炎；各种原因引起的肾

缺血、肾中毒导致的急性肾小管坏死；某些原因引起的过敏、感染、代谢性疾病，以及肿瘤等造成的急性肾间质病变）、肾后性（各种原因引起的完全性尿路梗阻，如尿路结石、肿瘤压迫等）。以上各原因引起急性肾功能不全的发病机理、病理特点各异，但临床表现多类似，此仅叙述最常见的类型——急性肾小管坏死。急性肾小管坏死的机理，多数学者认为不同病因、不同的肾小管病理损害类型，有其不同的始动机制和持续发展因素，而各种机理之间是相互联系的。主要机理为肾小管的阻塞；肾小管壁破裂，原尿反漏；肾血流动力学改变；弥漫性血管内凝血引起急性肾功能不全，随之出现各种代谢紊乱和并发症。

【诊断要点】

一般起病多较急骤，全身症状明显。根据临床表现和病程的共同规律，一般分为3期：

（一）少尿期（亦有非少尿型）：

1．尿量减少：尿量骤减或逐渐减少，每日尿量持续＜400ml或＜17ml/h。以每日尿量持续＜100ml称为无尿。少尿时间一般持续1－2周，但可短至数小时或长达3周以上。

2．氮质血症：血尿素氮逐日升高，每日可升高3.6～7.1mmol/L，甚至升高10.1～17.9mmol/L。血浆肌酐浓度的上升值在无并发症者每日仅为44.2～88.4μmol/L（0.5～1.0mg/dl），在有创伤者每日升高可达176.8μmol/L以上。

3．水、电解质紊乱和酸碱平衡失常：

（1）水过多：由于水摄入量和补液量不严格，表现为稀释性低钠血症、软组织水肿、体重增加、高血压、急性心衰、肺水肿和脑水肿。

（2）高钾血症：由于尿液排钾减少；因感染创伤、酸中毒、溶血等细胞释出钾离子增多；或因含钾食物、药物、库血的应用加重高血钾。临床可有烦躁、嗜睡、肌张力低下、肌颤、恶心、呕吐、各种类型心律失常，严重时引起心跳骤停。

（3）低钙、高磷血症：少尿持续2d后即可发生低钙血症，可有抽搐；高磷血症亦常见。

（4）代谢性酸中毒：由于肾小管泌酸能力和保存碳酸氢钠能力下降，酸性代谢产物潴留，出现乏力、嗜睡、恶心、呕吐、深而大的呼吸，呼出的气

可有尿味。

4. 由于抵抗力低下,酸中毒和氮质血症致毛细血管脆性增加,出现感染、出血、贫血。

5. 心血管系统:约有 1/3 患者发生轻中度高血压,一般在 18.7～24.0/12.0～14.6kPa(140～180/90～110mmHg)。有时可更高,甚至出现高血压脑病。可有心力衰竭、心律失常(除高钾引起窦房结暂停、窦性静止、传导阻滞、室性心动过速、室颤外,尚可有病毒感染和洋地黄应用引起室性早搏)。有 1%～18% 可发生心包炎。

(二)多尿期:

1. 当尿量每日 >500ml 时即谓多尿期的到来,是肾功能开始恢复的一个标志。尿量每日可成倍增加,可达每日 3 000～5 000ml。一般持续 1～3 周。

2. 多尿期出现后 3～5d 内,血尿素氮、血肌酐、血钾仍可升高。当肾小球滤过率明显增加时,逐渐下降。多尿期仍可发生电解质紊乱,尤在多尿期后期应警惕低钾,如无力、麻木、恶心、鼓肠、肠鸣音下降、腱反射减弱、心电图改变。

3. 可有并发感染、消化道出血等。

(三)恢复期:血尿素氮及肌酐接近正常,尿量逐渐正常。肾小球滤过及肾小管浓缩功能先后恢复。亦可留下永久性肾损害。

非少尿型急性肾小管坏死,在氮质血症期内每日尿量持续在 500ml 以上,甚至达 1 000～2 000ml。

(四)辅助检查:

1. 血液检查(少尿期):

(1)可有轻中度贫血、少数与体液潴留有关。

(2)血尿素氮多在 21.4～35.7mmol/L(60～100mg/dl)。病程长,高分解者可更高。

(3)血浆肌酐多在 353.6～884μmol/L(4～10mg/dl)或更高。

(4)血钾浓度升高,常 >5.5mmol/L。

(5)血 pH 常 <7.4,二氧化碳结合力下降。

(6)血清钠可正常或偏低,血清钙可降低,血磷升高。

2. 尿液检查:

(1)尿量改变:少尿期每日尿量在400ml以下,非少尿型尿量可正常或增多。

(2)尿外观多浑浊,色深,有时呈酱油色。尿蛋白多为+-~++,常以中小分子蛋白质为主。尿沉渣可有较多的肾小管上皮细胞、各种管型,以及少许红细胞、白细胞。粗糙的颗粒管型、宽大的肾衰管型对诊断更有意义。根据病因不同可有磺胺结晶、血红蛋白、肌红蛋白。

(3)尿相对密度:低而固定。固定在1.018为可疑,1.014有价值,1.010~1.012可确定诊断。

(4)尿钠浓度:尿钠含量增高,多在40~60mmol/L(正常在20mmol/L)。

(5)尿与血渗透浓度之比低于1.1。

(6)尿肌酐与血肌酐之比降低,常低于10。肾前性肾衰时常>40,可资鉴别。

(7)尿尿素与血尿素之比降低,常低于10。

(8)肾衰指数常>2,肾前性少尿常<1。

(9)滤过钠排泄分数:急性肾小管坏死者常>1,肾前性少尿者则常<1。

(10)酚红排泄试验:1h法:用常规方法进行,收集1h尿液,于试验前冲洗膀胱免误差。肾前性肾衰时排泄率>5%;肾小管坏死者极微或无。

3. X线:尿路平片、排泄性尿路造影、逆行造影、肾血管造影,有助肾衰的病因诊断。

4. 同位素肾图:48h前有诊断价值,以后各种类型的急性肾衰图形常互相混淆或产生假阳性。

5. 肾活检:可提供确切的组织学证据,如肾小管上皮变性,坏死程度,上皮再生情况、肾小球和间质和血管的变化,以及有无炎症变化有重大意义(透析、肝素化、高血压者禁活检,以免引起出血)。

(五)诊断试验:

1. 液体补充试验:用5%~10%葡萄糖500ml,于30min内静脉输完,如尿量增加、尿相对密度下降,示血容量不足;反之示急性肾衰。但对严重心肺功能不全者禁用。

2. 利尿激发试验:若在纠正、排除血容量不足后仍无尿,可于5min

内静注20%甘露醇100～250ml，注射后如每小时尿量＞40ml，为肾前性；如2h后仍＜40ml，示急性肾衰已形成。对甘露醇无反应者可用速尿80～300mg/次，如尿量增加，可重复使用，一般间隔2～3h。

3．有条件者可进行中心静脉压测定，以助确定诊断。

【治疗】

（一）对因治疗。

（二）少尿期的治疗：

1．严格控制水分摄入量：量出为入，宁少毋多。通常以每日显性失水加非显性失水减去内生水为入液总量的标准。在无非显性失水特殊变化时，成人每日补液总量在500ml左右。应使患者保持每日体重下降为0.2～0.5kg，血钠在130～140mmol/L范围内，并注意不使患者血压增高或浮肿加重。有发热者体温每升高1℃，成人可酌加入水量60～80ml。

2．供给足够热量：限制蛋白质摄入，每日热量不少于6 276kJ(1 500 kcal)，蛋白应以高质量动物蛋白（如牛奶、蛋类、鱼、瘦肉等）为主，宜严格限制在每日20g以下，葡萄糖每日不应少于150g，并根据病情供给适量脂肪，以保证足够热量。

3．利尿剂的应用：

（1）成人患者可给予20%甘露醇100ml，于10～20min内静脉滴入，共2～3次，每剂量间隔2h，直至尿量达50ml/h（示有效），可继续使用，但全日总量不能超过100g。如无效，则不宜再用。

（2）速尿：常用40～100mg溶于50%葡萄糖20ml内，静注，2次/d；病情严重者可采取大剂量，曾有报道用1 000～2 000mg/d。

4．血管扩张剂：可消除肾血管痉挛和肾肿胀，改善肾血流。

（1）氨茶碱：0.25g稀释于5%～10%葡萄糖溶液20ml中，静注，2～3次/d。

（2）普鲁卡因：1g溶于10%～25%葡萄糖溶液200～300ml中，静滴，1～2次/d。

（3）罂粟碱：20～30mg，2～4次/d，肌注。

（4）利尿合剂：将几种血管扩张药联合组成利尿合剂：普鲁卡因1g、氨茶碱250mg、苯甲酸钠咖啡因250mg、维生素C 3g，溶于10%～25%葡萄糖溶液500ml中，1～2次/d，静滴。

5. 纠正电解质紊乱：

(1)高钾血症：当血清钾＞6.5mmol/L 时即出现症状，达 8mmol/L 时有生命危险。紧急治疗方法如下：

1)10%～20% 葡萄糖酸钙 20～30ml，缓慢静注，注射后 10min 内无效可重复注射。有效后再用 2～4g 加入 10% 葡萄糖 1 000ml 中静滴维持。即使患者无低钙血症，也可迅速减轻钾对心脏的毒性。

2)5% 碳酸氢钠 100ml 静注，1～2 次/d，碳酸氢钠可碱化细胞外液，促使钾向细胞内转移。

3)50% 葡萄糖 60ml 加正规胰岛素 10u 静注，1～2 次/d，可促使钾向细胞内转移。

4)阳离子交换树脂：50g 加 25% 山梨醇 200ml 保留灌肠，1～2 次/d，或本品 15～30g 加 25% 山梨醇 100ml 饭前服，3 次/d。

5)采用低钾和无钾透析液进行血液透析或腹膜透析。

(2)低钠血症：往往系稀释性、真性缺钠，可给碳酸氢钠。

(3)高镁血症：治疗同高钾血症。

(4)高血磷：氢氧化铝凝胶 20ml，4 次/d，口服，以减少肠道对磷的吸收。

(5)低血钙：10% 葡萄糖酸钙 20～30ml，3～4 次/d，静注。

6. 纠正酸中毒：二氧化碳结合力低于 13.5mmol/L，需给予补碱，常用 5% 碳酸氢钠溶液，每次 5ml/kg 体重。也可用公开来计算：[正常二氧化碳结合力(50 容积%)－测得二氧化碳结合力]×0.3×体重(kg)＝所需 5% 碳酸氢钠溶液毫升数。先按计算量的 1/2 先补给，4～6h 后酌情再补给。

7. 积极治疗感染：应选用对肾脏无毒性的抗生素，如青霉素、红霉素、氯霉素等，亦可用氨苄青霉素 4～8g/d，分 2 次静注；或用羧苄青霉素，2～4g/d，分 2 次静注。

8. 透析疗法：透析指征如下：

(1)血清钾＞6.5mmol/L 或每日上升 1.0mmol/L 者。

(2)血尿素氮大于 28.56mmol/L 或每日上升超过 10.71mmol/L 者。

(3)体内水分过多且已出现高血容量心衰和肺水肿者，以及有明显尿毒症表现者。

(4)重症酸中毒补碱未能纠正者。

9. 其他:肾脂肪囊封闭、肾区热敷、红外线、超短波透热疗法。

(三)多尿期的治疗:

1. 多尿期开始的1～2d,仍需按少尿期原则处理。出现大量利尿后,要防治水、电解质紊乱。如无紧急情况,以口服补充为宜。

2. 饮食给予足够的热量和维生素,蛋白质可逐日增加,以保证组织修复。

(四)恢复期的治疗:无特殊治疗,可加强营养、给予促进肾组织修复的药物(如ATP、辅酶A、肌苷等)。定期复查肾功能。

(五)中医治疗:

1. 少尿或无尿期:

(1)肺热壅盛:起病急骤,小便滴沥,烦渴欲饮,呼吸急促,舌苔薄黄,脉数。治法:清宣肺热,通利水道。方药:清肺饮加麻黄、连翘、赤小豆、茅根、虎杖、大黄。

(2)尿道阻塞:小便点滴而下或尿如细线,甚至阻塞不通,小腹胀痛,舌紫,脉涩。治法:行瘀散结,通利水道。方药:代抵当丸加红花、牛膝。尿血加三(七)琥珀;结石加王不留行、昆布、海藻、冬葵子。

2. 多尿期:

(1)肾阴虚:五心烦热,齿鼻衄血,头昏颧赤,口渴尿频,腰脊酸痛,舌红、少苔,脉细数。治法:滋阴补肾。方药:六味地黄汤加女贞子、旱莲草、元参、麦冬、茅根,去茯苓、泽泻。

(2)肾阳虚:面色晄白,神疲乏力,腰膝酸痛,形寒肢冷,嗜睡昏睡,尿频清长、舌淡胖嫩、苔薄白滑,脉沉弱。治法:温肾育阴。方药:金匮肾气丸加益智仁、桑螵蛸、枸杞。

3. 恢复期:脾肾两虚,表现为面色萎黄,四肢浮肿,形寒肢冷,嗜睡,纳差便溏,舌淡边有齿印,脉细弱。治法:培补脾肾。方剂:参苓白术散合大补元煎。

(六)针灸治疗:

1. 体针:取阴陵泉、三阴交、太溪,配肾俞、关元、阴谷。针刺补法并灸。

2. 耳针:皮质下、肾上腺、肾、尿道、膀胱、外生殖器、交感。

3. 皮肤针:取腰骶部的夹脊穴、膀胱经,下腹部的任脉和肾经等,循

经叩打，1～2 次/d。

4. 穴位注射：用黄芪注射液或当归注射液，在肾俞、足三里、关元穴各注入 0.2～0.3ml 药液。

5. 贴敷：大蒜 240g、芒硝 60g，捣碎，先敷两肾区 2h；大黄 150g、醋 200ml，调合，后敷两肾区 2h。1～2 次/d。为预防损害皮肤，先在肾区皮肤涂上少许凡士林并隔 1 层纱布。

（七）推拿疗法：

1. 患者坐位，医者以双拇指点按肾俞、脾俞，横搓命门法，以温热为度。嘱患者仰卧位，施用运运颤颤法，点按关元、中极；施用提拿足三阴法，点按足三里、太溪。适用于肾阳衰竭者。

2. 患者坐位，医者以拇指点按膀胱俞。嘱患者仰卧位，医者施用运运颤颤法，点按中极。施用提拿足三阴法，点按阴陵泉、三阴交、复溜。适用于膀胱湿热、小便不通者。

（八）单验方：生大黄粉 60g 冲服，达到排水排钾、通二便的目的。适用于急性肾衰少尿或无尿期。

中　暑

中暑是一种急性和危险的高热损害，是在高气温和（或）强辐射热（如烈日暴晒等）条件下劳动，体内产热增加，而汗液蒸发减少、散热困难，造成热量在体内蓄积所致。特别是在失水、心功能不全、过度出汗后汗腺功能衰竭时，更易发生。

【诊断要点】

（一）先兆中暑：在高温环境下，出现大量出汗、全身疲乏、四肢无力、口渴、头晕、眼花、耳鸣、胸闷、心悸、恶心、注意力不集中、四肢发麻。体温正常或略高（37.5℃以下）。

（二）轻症中暑：有先兆中暑的症状，且体温在 38℃以上，伴面色潮红、皮肤灼热；有早期呼吸及周围循环衰竭的表现，如面色苍白、皮肤湿冷、脉搏细速、血压下降等。

（三）重症中暑：大多数患者以突然的谵妄或昏迷起病。头痛、麻木与刺痛、眩晕、不安或精神错乱、皮干无汗为前驱症状，体温常在 40℃以上，呼吸加快，脉率增加，血压早期常升高，往往继之以休克。

(四)实验室检查：

1．血白细胞增多，中性粒细胞增多。

2．尿中可有蛋白、红细胞及管型。

3．血尿素氮可升高，二氧化碳结合力可下降，氯化物下降。

4．脑脊液压力增高，可有蛋白质及白细胞增高，甚至可有红细胞出现。

【治疗】

(一)先兆及轻度中暑：立即离开高热环境到阴凉通风场所休息，给予清凉饮料或淡盐水；或服十滴水、人丹、藿香正气水。有早期循环衰竭者，输入生理盐水或5%葡萄糖生理盐水。

(二)重症中暑：

1．紧急降温：

(1)物理降温：使患者处于20～25℃环境是最适宜。可扇风或用井水、冰水、酒精擦浴，在头颈部、腋下和腹股沟等大血管区放置冰袋；或使患者取半卧位，浸于15～16℃冰水中，水面与患者乳头连线齐平。在物理降温过程中，须用力按摩患者四肢及躯干，促进血液循环，加速散热，同时可防止由于皮肤很快冷却，引起周围血管收缩及血流瘀滞。

(2)药物降温：

1)氯丙嗪25mg加入5%葡萄糖液或生理盐水200～300ml中静滴。

2)病情危重、高热、昏迷、烦躁、惊厥，可用冬眠1号(氯丙嗪25mg、异丙嗪25mg、哌替啶50mg)加于25%葡萄糖20ml中静注，在15min注完。或加入5%葡萄糖液100～200ml静滴，3h后如无效可重复。

3)用4℃的5%葡萄糖盐水1 000ml经动脉向心快速注射，于13min内注完，降温迅速可靠。降温过程中应密切观察病情变化。

2．纠正水、电解质平衡紊乱。

3．抽搐时用安定10mg或苯巴比妥0.1g肌注，或用10%水合氯醛20ml保留灌肠。

4．如有心、肺、肾功能不全，脑水肿等，应给予相应的处理。

5．适当给予维生素B、维生素C，必要时给予抗生素预防感染。

(三)中医治疗：

1．轻症：身热汗出，烦渴多饮，头痛恶心，舌红少津，脉洪大。治法：

清热生津。方药：白虎汤加减。

2. 重症：突然昏倒，不省人事，冷汗自出，手足厥冷，呼吸浅粗，脉微欲绝。治法：益气固脱。方药：生脉散合参附龙牡汤加减；生脉注射液加入生理盐水静脉滴入。

(四)针灸治疗：

1. 针刺：轻症取大椎、风池、内关、曲池；重症取人中、百会、曲池、神门、涌泉；或十二井穴及委中点刺出血。

2. 耳针：心门、神门、交感、皮质下、肾上腺、太阳。高热者加耳尖放血。

3. 头针：双侧感觉区、胃区、胸腔区。

(五)单验方：

1. 清凉油半盒敷患者脐孔中，另用清凉油涂太阳穴。适用于轻症患者。

2. 石膏 50g、冰片 0.06g，共研细末。每次服 0.15g，开水送服，3次/d。适用于发热、汗出、心烦。

3. 鲜荷叶、鲜芦根各 30g，扁豆花 6g，水煎服。适用于头胀、口渴、胸闷、纳食不佳。

(六)食疗：

1. 绿豆 30g，薏苡仁 30g，加适量白糖煮汤服食。

2. 焦大麦 30g，泡茶服用。

3. 西瓜适量服用。

溺　　水

溺水时大量水分、泥沙或杂物等经口鼻进入肺内，可造成呼吸道阻塞而窒息死亡。也可在溺水后，人体受强烈刺激，如惊慌、骤然寒冷刺激等引起喉头痉挛，造成窒息，反射性地引起心跳骤停而死亡。淡水淹溺时低渗淡水从肺泡渗入血中，可引起血容量增加，血液稀释及溶血，血钠、氯、钙下降，血钾可因溶血而增高；游泳池中氯含量高时可致化学性肺炎。海水淹溺时高渗海水使大量液体渗出到肺泡，致血液浓缩，血容量减少，并有血钠及血钾增高，血压降低，由于溺水时缺氧均有代谢性酸中毒。

【诊断要点】

(一)有溺水史。要注意溺水时间的长短,头颅有否损伤,还应警惕凶手杀人后将死者推下水伪造现场的可能。所以要正确判断发生溺水事故的各种可能原因。

(二)救出水面后,可见患者脸部青紫肿胀,双眼充血,口鼻充满泡沫、泥沙或杂物,神志朦胧或昏迷,面唇及四肢发绀,肢体冰冷,脉搏扪不到,呼吸停止,心跳微弱或完全停止,可因胃内充满积水而表现为上腹胀大膨隆。

【治疗】

(一)立即清除口腔中泥沙污物,松解衣服,拉出舌头。开口有困难者现场又无开口器时,可先按捏两侧颊肌,然后再用力启开。设法保持呼吸道通畅。

(二)倒水(可据情选择下述方法):

1. 救护者一腿跪地,另一腿屈膝,将患者腹部横置于救护者屈膝的大腿上,将头部下垂,然后按压其背部,使呼吸道及消化道中水倒出来。

2. 抱住患者两腿,腹部放在急救者肩上,快步奔跑使积水倒出。

3. 急救者抱起溺水者腰腹部,使背部向上,头部下垂,并有节奏地抖动双手,使水倒出。

4. 在农村可使患者俯伏横置于牛背上,头部下垂、赶牛走动,牛背起伏运动,这样既可倒水,又可兼做人工呼吸。

(三)人工呼吸:以俯卧压背法较好,有利肺内积水流出。如心跳已停,则应口对口人工呼吸,同时行体外心脏按压。心跳、呼吸短期不恢复者,千万不要轻易放弃,要坚持 3～4h。有条件者应及早做气管插管、人工呼吸机间歇正压辅助呼吸和心脏起搏。

(四)在人工呼吸及心脏按摩同时,静脉注射呼吸兴奋剂或心内注射肾上腺素 1mg 或心脏三联针。可酌情重复应用。

(五)给以碳酸氢钠纠正酸中毒。

(六)如为淡水淹溺,有明显贫血和溶血,可输红细胞或全血,并可应用利尿剂和脱水剂;如为海水淹溺,血液浓缩,可静脉输入 5% 葡萄糖、低分子右旋糖酐或血浆。

(七)心跳呼吸恢复后,仍须密切观察病情。出现急性肺水肿时,应及

时给以强心、快速利尿，吸氧时加用除泡剂。并注意调节水、电解质平衡。

（八）给予抗生素预防肺部感染。

（九）昏迷者应注射中枢兴奋剂，如可拉明、洛贝林等，并可给予胞二磷胆碱、细胞色素C、三磷酸腺苷、辅酶A等。

电 击 伤

电击伤系一定量的电流通过人体引起的损伤，也可由于雷击所致。强度相等的交流电比直流电危险性大。低电流引起心室纤颤，高压电则多引起呼吸和心跳停止。

【诊断】

（一）有触电史。

（二）轻者精神紧张、面色苍白、头晕、心悸，心脏偶尔发生期前收缩。

（三）重者立即昏迷，有强直性肌肉收缩，心室颤动，心音和脉搏消失，心跳呼吸停止。

（四）意识恢复后，可有肌肉疼痛、疲劳、头痛、暂时性格和精神异常。

（五）触电局部可出现深浅不同程度的灼伤，呈焦黄色，与周围正常组织分界清楚，有时可见电伤烙印或闪电纹。由于电离子的强大穿透能力，有时体表可无明显烧伤，而机体深层组织的烧伤则可极其严重。

（六）有时血管壁损伤可引起大出血。

（七）触电后如从高处跌下，可伴头、胸、腹部外伤或四肢骨折，因颅脑损伤而出现肢体瘫痪、失明或耳聋。

（八）亦有因肌红蛋白尿及血红蛋白尿导致急性肾功能衰竭的。

【治疗】

（一）立即切断电源，如电源开关就在附近，应迅速关闭电掣；或用绝缘物挑开电线或分离电器；或用干燥的衣服或皮带小心将触电者拖离电源。

（二）如呼吸受抑制或微弱，应立即进行口对口人工呼吸；呼吸、心跳停止者还应同时胸外心脏按压，有条件时可行气管插管、人工呼吸器维持呼吸和供氧。

（三）如发生室颤，可进行胸外除颤、胸内心脏按摩和胸内除颤等。

（四）如无除颤器，可用利多卡因、普鲁卡因酰胺、溴苄胺等药除颤。

如室波较细，可先心腔内注射肾上腺素 0.5～1mg，使细颤变粗，有利于除颤。如电击除颤无效或疗效不巩固，可在电击除颤后应用除颤药物。

（五）如已证实是心室停搏，应选用肾上腺素、异丙肾上腺素、阿托品等。

（六）给予中枢兴奋剂；血压下降可用升压药物，如去甲肾上腺素、间羟胺等。

（七）心肺复苏的抢救必须坚持不懈，直至复苏或尸斑出现，不可轻易放弃。

（八）复苏后的处理：

1．维持呼吸、血压稳定。

2．选择性头部降温。

3．应用脱水剂防治脑水肿，应用促进脑细胞代谢的药物，治疗脑损伤，如应用 ATP、辅酶 A、肌苷、细胞色素 C 等。

4．纠正酸中毒，纠正水、电解质平衡紊乱。

5．预防感染。

6．积极进行创面处理和包扎。

（九）昏迷和休克，可选人中、合谷、十宣、涌泉针刺治疗。

（十）如有急性肾功能衰竭，按急性肾功能衰竭处理。详见急性肾衰章。

第二篇

常见疾病的诊断与治疗

第一章　传染病

第一节　传染源的管理

严格传染病报告制度是早期发现传染病的重要措施，一经发现必须及时报告，根据中华人民共和国传染病防治法及其实施细则，将法定传染病分为3类：甲类：①鼠疫；②霍乱。乙类：③病毒性肝炎；④细菌性和阿米巴痢疾；⑤伤寒和副伤寒；⑥艾滋病；⑦淋病；⑧梅毒；⑨脊髓灰质炎；⑩麻疹；⑪百日咳；⑫白喉；⑬流行性脑脊髓膜炎；⑭猩红热；⑮流行性出血热；⑯狂犬病；⑰钩端螺旋体病；⑱布鲁菌病；⑲炭疽；⑳流行性和地方地斑疹伤寒；㉑流行性乙型脑炎；㉒黑热病；㉓疟疾；㉔登革热。丙类：㉕肺结核；㉖血吸虫病；㉗丝虫病；㉘包虫病；㉙麻风病；㉚流行性感冒；㉛流行性腮腺炎；㉜风疹；㉝新生儿破伤风；㉞除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病；㉟急性出血性结膜炎。为强制管理传染病，甲类城市要求于发现后6h内上报，农村不超过12h。为严格管理传染病，乙类要求发现后12h内上报。为监测管理传染病，丙类㉕～㉙应向有关卫生防疫专业机构报告疫情；㉚～㉞为仅在监测点上进行监测的传染病，在监测点内按乙类传染病方法报告。

对传染病的接触者，应根据具体情况采取检疫措施，密切观察，药物预防或预防接种。在人群中检出病原携带者，进行治疗，调动工作和随访观察。对动物传染源，如有经济价值的家禽、家畜，应予隔离治疗，必要时宰杀后消毒。如无经济价值则设法消灭。

第二节　病毒感染

病毒性肝炎

病毒性肝炎按临床分为急性肝炎(无黄疸型和黄疸型)、慢性肝炎(慢性迁延性和慢性活动性)、重型肝炎(急性重型、亚急性重型和慢性重型)、淤胆型肝炎。按病原学分为甲、乙、丙、丁、戊等5型。

【诊断要点】

(一)临床诊断:

1. 急性肝炎:

(1)急性无黄疸型肝炎:应根据流行病学资料、症状、体征、化验及病原学检测综合判断,并排除其他疾患。①流行病学资料:密切接触史,是指与确诊病毒性肝炎患者(特别是急性期)同吃、同住、同生活或经常接触肝炎病毒污染物(如血液、粪便)或有性接触而未采取防护措施者。注射史指在半年内曾接受输血或血液制品、消毒不严格的药物注射、免疫接种、针刺治疗等;②症状指近期内出现的持续几天以上的,无其他原因可解释的症状,如乏力、食欲减退、恶心、厌油、腹胀、便溏、肝区痛等;③体征指肝肿大并有压痛、肝区叩击痛,部分患者可有轻度脾肿大;④化验主要指血清谷丙转氨酶活力增高;⑤病原学检测见后。

凡化验阳性并且流行病学资料、症状、体征、3项中有2项阳性或化验及体征(或化验及症状)均明显阳性,并排除其他疾病者可诊断为急性无黄疸型肝炎。

凡单项血清谷丙转氨酶增高,或仅有症状、体征,或仅有流行病学史及②、③、④ 3项中之一项,均为疑似患者。对疑似病例应进行动态观察或结合其他检查(包括肝活体组织检查)做出诊断。若疑似病例的病原学诊断为阳性,且除外其他疾病可以诊断。

(2)急性黄疸型肝炎:凡符合急性无黄疸型肝炎诊断条件,且血清胆红素大于17mol/L,尿胆红素阳性,并排除药物、中毒、酒精、自身免疫等原因引起的黄疸,可诊断为急性黄疸型肝炎。

2. 慢性肝炎：

(1)慢性迁延性肝炎(简称慢迁肝，CPH)：有确诊或可疑急性乙型肝炎病史，病程超过半年尚未痊愈，病情较轻，可有肝区痛和乏力，并有轻度肝功能损害或血转氨酶升高，而不够诊断慢性活动性肝炎者或经活体组织检查符合慢性迁延性肝炎的组织学改变者，皆可诊断为慢性迁延性肝炎。

(2)慢性活动性肝炎(简称慢活肝，CAH)：包括有或无早期肝硬化。①症状：既往有肝炎史或急性肝炎病程迁延超过半年而目前有较明显的肝炎症状，如乏力、食欲差、腹胀、便溏等；②体征：肝肿大，质地中等硬以上，可伴有蜘蛛痣、肝病面容、肝掌或脾肿大，而排除其他原因者；③实验室检查：血清谷丙转氨酶活力反复或持续升高伴有浊度试验(麝浊)长期异常；或血浆白蛋白减低；或白/球蛋白比例异常；或丙种球蛋白增高；或血清胆红素长期或反复增高。有条件时，做免疫学检查，如 IgG、IgM、抗核抗体、抗平滑肌抗体、抗细胞膜脂蛋白抗体、类风湿因子、循环免疫复合物，若这些检查结果阳性，则有助于慢活肝诊断；④肝外器官表现：如关节炎、肾炎、脉管炎、皮疹或干燥综合征等。

以上 4 项中③项实验室检查为必须条件，并有其他 2 项阳性或再有体征阳性，或肝活体组织检查符合慢性活动性肝炎(CAH)的组织学改变，皆可诊断为慢性活动性肝炎。

3. 重型肝炎：

(1)急性重型肝炎(即暴发性肝炎)：急性黄疸型肝炎，起病后 10d 以内迅速出现精神、神经症状(肝性脑病Ⅱ度以上症状)而排除其他原因者，患者肝浊音区进行性缩小、黄疸迅速加深，肝功能异常(特别是凝血酶原时间延长，凝血酶原活动度低于 40%)，应重视昏迷前驱症状(行为反常、性格改变、意识障碍、精神异常)以便做出早期诊断。因此，急性黄疸型肝炎患者如有严重的消化道症状(如食欲缺乏、频繁呕吐、腹胀或呃逆)、极度乏力，同时出现昏迷前驱症状者，即应考虑本病，即使黄疸很轻，甚至尚未出现黄疸，但肝功能明显异常，又具有上述诸症状者，亦应考虑本病。

(2)亚急性重型肝炎(即亚急性肝坏死)：急性黄疸型肝炎，起病后 10d 以上 8 周以内具备以下指征者：①出现Ⅱ度以上肝性脑病症状；②黄疸迅速上升(数日内血清胆红素上升大于 170mol/L)肝功能严重损害(血

谷丙转氨酶升高，浊度试验阳性，白/球蛋白倒置，丙种球蛋白升高），凝血酶原时间明显延长（凝血酶原活动度低于40%）；③高度乏力及明显食欲减退或恶心、呕吐、重度腹胀及腹水，可有明显出血现象（对无腹水及明显出血现象者，应注意是否为本型的早期）。凡具有①项者称为昏迷型，不具有①项者为腹水型。

（3）慢性重型肝炎：临床表现同亚急性重型肝炎，但有慢性活动性肝炎或肝炎后肝硬化病史、体征及严重肝功能损害。

4. 淤胆型肝炎：起病类似急性黄疸型肝炎，但自觉症状常较轻，常有明显肝肿大，皮肤瘙痒。肝功能检查血胆红素明显升高，以直接胆红素为主。表现为梗阻性黄疸，如碱性磷酸酶、γ－转肽酶、胆固醇均明显增高。梗阻性黄疸持续3周以上，并排除其他肝内外梗阻性黄疸（包括药原性等）者，可诊断为急性淤胆型肝炎。在慢性肝炎基础上发生上述临床表现者可诊断为慢性淤胆型肝炎。

（二）病原学诊断：目前病毒性肝炎的病原有5型，即甲型肝炎病毒（HAV）、乙型肝炎病毒（HBV）、丙型肝炎病毒（HCV）、丁型肝炎病毒（HDV）及戊型肝炎病毒（HEV）。

1. 甲型病毒性肝炎：

（1）急性肝炎患者血清抗－HAVIgM阳性。

（2）急性期和恢复期双份血清抗HAV总抗体滴度>4倍升高。

（3）急性期粪便免疫电镜找到HAV颗粒或用酶联免疫吸附试验（ELISA）检出甲型肝炎病毒抗原（HAV－Ag）。

（4）血清或粪便中检出HAV－RNA。具有以上任何一项阳性，即可确诊为HAV近期感染。

2. 乙型病毒性肝炎：

（1）有以下任何一项阳性可诊断为现症HBV感染。①血清乙型肝炎表面抗原（HBsAg）阳性；②血清乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸（HBV－DNA）阳性，或HBV－DNA聚合酶阳性，或乙型肝炎e抗原（HBeAg）阳性；③血清抗－HBcIgM阳性；④肝内乙型肝炎核心抗原（HBcAg）阳性和（或）HBsAg阳性，或HBV－DNA阳性。

（2）急性乙型肝炎的诊断须与慢性肝炎急性发作相区别，可参考下列动态指标，具有其中一项即可诊断为急性乙型肝炎：①HBsAg滴度由高

到低，消失后抗－HBs 阳转；②急性期抗－HBcIgM 滴度高水平而抗－HBcIgG 阴性或低水平。

(3)慢性乙型肝炎的诊断：临床符合慢性肝炎，并且有现症 HBV 感染的一种阳性标志，即可诊断为慢性乙型肝炎。

(4)慢性 HBsAg 携带者，凡无任何临床症状或体征，肝功能正常，HBsAg血症持续阳性 6 个月以上者。

3．丙型病毒性肝炎：

(1)排除诊断法：凡不符合甲型、乙型、戊型病毒性肝炎诊断标准并除外 EB 病毒、巨细胞病毒急性感染(特异性 IgM 抗体阴性)及其他已知原因的肝炎(如药物性肝炎、酒精性肝炎等)，流行病学提示为非经口感染者可诊断为丙型肝炎。

(2)特异性诊断：①血清抗－HCV 阳性或抗－HCVIgM 阳性；②血清 HCV－RNA 阳性。

4．丁型病毒性肝炎(HDV)：为缺陷病毒，依赖 HBsAg 才能复制。故与 HBV 同时或重叠感染。

(1)血清中抗－HDIgM 阳性、抗－HD 阳性或 HDAg 阳性。

(2)血清中 HDV－RNA 阳性。

(3)肝组织内 HDAg 阳性或 HDV－RNA 阳性。

5．戊型病毒性肝炎：

(1)排除诊断法：凡不符合甲型、乙型、丙型、巨细胞病毒、EB 病毒急性感染及其他已知原因的肝炎，流行病学证明经口感染者，可诊断为戊型肝炎。

(2)特异性诊断：患者急性期血清抗－HEVIgM 阳性或急性期患者粪便中免疫电镜找到 HEV 颗粒或急性期抗－HEV 阴性，恢复期阳转者。血清 HEV－RNA 阳性。

凡临床诊断为急性、慢性、重型、淤胆型肝炎病例，经病原学或血清特异诊断方法确定为某一型的患者即作为该型肝炎确诊病例。

【治疗】

(一)一般治疗：卧床休息，避免饮酒及用损害肝脏药物，用具及餐具应专用。强调应用一次性注射器和输液器。宜清淡饮食但应保证足够热量，适当增加蛋白质、糖和维生素 B_1 和维生素 C。食量过少或呕吐者，应

静滴10%葡萄糖加入维生素C或能量合剂。

(二)保肝药:目前无特效治疗,以退黄降酶为主,常用维生素类、肝太乐、益肝灵、联苯双酯、肝炎灵注射液、清开灵注射液等,酌选1～2种。

1. 慢性肝炎:可选用干扰素、胸腺肽、无环鸟苷、聚肌胞、心肝宝、香菇多糖、强力宁、猪苓多糖等。

2. 重症型肝炎:

(1)支持疗法:静滴10%～25%葡萄糖溶液1 000～1 500ml/d,足够热量及维生素B、维生素C、维生素E、维生素K_1。补液速度不易过快,以免发生脑水肿、肺水肿。酌情静滴入体白蛋白及新鲜血浆。

(2)促进肝细胞再生:①肝细胞生长素40～80mg,2次/d,肌注或静滴;②人胎肝细胞悬液输注,每2～3d输1次,每次输注1个。

(3)改善微循环:①前列腺素E_1 200μg加10%葡萄糖水250～500ml,静滴,1次/d。②丹参注射液20ml加葡萄糖液,静滴,1次/d。③山莨菪碱注射液30～100mg加葡萄糖液,2～3次/d,静滴。

(4)肝性脑病:①低蛋白饮食。口服乳果糖浆15ml,3次/d;②食醋30ml加水100ml保留灌肠,2次/d;③支链氨基酸250ml～500ml,1次/d,静滴;④胰高血糖素1mg加普通胰岛素10u加入10%葡萄糖500ml,1次/d,静滴;⑤左旋多巴0.2～0.6g加葡萄糖液,1次/d,静滴。

(5)急性肾功能不全。参考危重症抢救节。

(三)中医治疗:

1. 湿热熏蒸:面目周身色黄如橘,烦热脘闷,纳呆呕吐,口苦而干,胁痛腹胀,倦怠无力,皮肤瘙痒,尿黄赤,大便干或溏,苔黄腻,脉弦滑数或濡数。治法:清利湿热。方药:茵陈蒿汤加减。

2. 湿邪困脾:胁痛脘闷腹胀,恶心,呕吐,纳差,口淡不欲饮,身重便溏,苔白腻,脉濡或滑。治法:化湿健脾。方药:胃苓汤加减。

3. 肝阴亏损:胁痛隐隐,低热,腰酸,口干苦,手足心热,舌红、苔少或无苔,脉弦细数。治法:养阴柔肝。方药:一贯煎加味。

4. 热毒炽盛:高热烦躁,黄疸迅速加深,腹胀满,口渴便秘,小便黄赤,甚则神昏谵语,抽搐,或见便血、尿血,舌绛、苔黄燥,脉滑数。治法:清热解毒,凉血救阴。方药:千金水牛角散加减(水牛角、黄连、山栀、板蓝根、茵陈、丹皮、生地、石斛)。此外还可用安宫牛黄丸或至宝丹或醒脑静

针开窍醒神。

(四)针灸治疗：

1. 体针：取大椎、至阳。黄疸加肝俞、脾俞、太冲；胁痛加期门；发热加合谷。

2. 灸法：期门、中脘、膈俞、肝俞、胆俞、至阳、阳陵泉、曲泉、外丘、中都、中封、太冲。每次选3～4穴，艾条温和灸。

3. 贴敷：用砂仁30g、白糖50g、明矾10g、青背鲫鱼1条(连肠杂全用)混合捣烂成膏，分作3份，每次1份，分贴于神阙、至阳，盖纱布，胶布固定。每天更换1次，一般2～3d见效。适用于黄疸型。

4. 穴位注射：取肝俞、中都、日月、期门，每次注入维生素B_1或板蓝根注射液1ml，1次/d，10～15次为1疗程。

(五)单验方：糯稻根60g、茵陈60g，清水煎0.5h，取汁加白糖少许，代饮料饮服。

【预防】

急性病毒性肝炎隔离不少于30d。慢性肝炎应动态隔离。对患者用过的食具、用具、注射器要煮沸消毒或过氧乙酸浸泡消毒。饭前便后洗手。病毒携带者、肝炎患者不能从事饮食业。与甲型肝炎接触密切的人可注射丙种球蛋白，有短期免疫效果；甲型肝炎减毒活疫苗注射可保护易感人群。乙型肝炎疫苗提倡应用，特别是母婴传播者，婴儿出生后立即注射30μg，1月及6月分别注射1次(15μg)，第1次注射时加乙型肝炎免疫球蛋白效果更好。

流行性腮腺炎

本病是由腮腺炎病毒引起的急性呼吸道传染病。以腮腺和颌下腺、舌下腺非化脓性肿痛为特征，也可侵犯其他器官，引起脑膜炎、睾丸炎、卵巢炎和胰腺炎等。传染源为早期患者和隐性患者，主要是空气飞沫传播。冬春季发病率高。14岁以下儿童多见。病后有免疫力。

【诊断要点】

(一)流行病学资料：当地有本病流行或有密切接触史等。

(二)临床表现：

1. 潜伏期：为14～25d，平均18d。

2. 起病急，有发热畏寒、头痛、食欲不振、全身不适等，一般症状轻。少数患者体温正常。发热 1～2d 后腮腺开始肿大，先由一侧开始，2～4d 后涉及对侧。亦可两侧同时肿大或仅一侧肿大。肿大以耳垂为中心，逐渐向下及前后扩大，表面不红，边缘不清，压痛不著，有弹性感，张口及咀嚼时，能使疼痛加重。腮腺管口（颊粘膜近第 2 臼齿处）红肿，但无脓液。肿胀1～3d 达高峰，持续 4～5d 后逐渐消退。全病程为 10～14d，可并有颌下腺、舌下腺肿大。少数病例仅有颌下腺、舌下腺肿大，而无腮腺肿大。

（三）并发症：

1. 神经系统并发症：儿童多见。一般腮腺炎病例中约半数病例脑脊液可有细胞数升高。一般于腮腺肿大后 1 周内出现神经系统症状，但亦可早在腮腺肿大前 6d 或后 2 周或与腮腺肿大同时发生。表现为病毒性脑炎、脑膜脑炎或脑脊髓炎且发生在腮腺炎数周后者，常不易分离出病毒，属于感染后脑炎，可能为变态反应引起。重者可导致死亡。

2. 睾丸炎：多见于青春期及成年男性，常在腮腺肿大后 1 周左右发生，表现为高热、睾丸或附睾肿大及疼痛（多为一侧，少数为两侧，一般不影响生育）。

3. 胰腺炎：极少见，多发生在腮腺肿后 3～7d 发生，体温骤升，伴恶心、呕吐和持续性中上腹痛及压痛。

（四）实验室检查：

1. 血象：白细胞总数正常或减少，淋巴细胞相对增加。

2. 淀粉酶测定：大多数血、尿淀粉酶明显增高。

（五）鉴别诊断：

1. 化脓性腮腺炎：仅限一侧，局部红、肿、痛明显，可有波动感，挤压时有脓液自腮腺管口流出。血象白细胞总数和中性粒细胞明显增高。

2. 颈及耳部淋巴结炎：肿块边缘清楚，较坚硬，腮腺管口不显红肿。

【治疗】

目前无特效疗法，主要为对症治疗。

（一）一般治疗：应隔离，卧床休息，进清淡流质饮食，多饮水，避免酸性饮料，保持口腔清洁。高热时物理降温，头痛时可用阿斯匹林，进食少者可补液。

（二）并发症治疗：脑膜脑炎患者，若颅压高可用脱水剂。短期应用肾

上腺皮质激素。睾丸炎可用"丁"字绷带托起睾丸,局部冷敷或热敷。急性胰腺炎按常规处理。

(三)中医治疗:

1. 湿毒在表(轻型):轻微发热恶寒,一侧或两侧腮部漫肿疼痛,咀嚼不便;或有咽红,舌苔薄白或淡黄、质红,脉浮数。治法:疏风清热,散结消肿。方药:银翘散加夏枯草、板蓝根。

2. 热毒蕴结:壮热头痛,口渴烦躁,纳差或伴呕吐,腮部肿痛,坚硬拒按,咀嚼困难,咽红肿痛,舌红、苔黄,脉滑数。治法:清热解毒,软坚散结。方药:普济消毒饮。

3. 疫毒内陷:壮热,项强,头痛,呕吐,嗜睡或昏迷,惊厥,唇红干燥,舌绛、苔黄燥或无苔,脉细数,指纹紫滞。治法:清热解毒,熄风镇惊。方药:普济消毒饮加钩藤、野菊花、全蝎、竹茹、代赭石,兑服至宝丹。

4. 邪毒引睾:睾丸肿痛,伴发热,少腹痛,呕吐,舌红,脉数。治法:清热疏肝,活血止痛。方药:栀子、枳壳、荔枝核、山楂、小茴香、金铃子、黄柏、桃仁、板蓝根、金银花、吴茱萸、白芍、甘草梢。

(四)针灸治疗:

1. 体针:取颊车、翳风、合谷、外关。发热配大椎、曲池;睾丸肿痛配行间、曲泉;神昏惊厥配十宣、水沟。

2. 耳针:取腮腺、面颊、皮质下、神门。

3. 刺血:常规消毒,用三棱针在腮腺红肿处和耳轮上各取上、中、下3点,点刺出血。

4. 贴敷:

(1)生大黄、栀子、大青叶、板蓝根各等份,五灵脂为各药量的5倍,共研细末,蜜调成膏,冷敷患处,30~36h换药1次。

(2)蒲公英,捣烂,敷患处。

5. 穴位注射:

(1)取颊车、合谷;下关、外关;翳风、内关共3组穴位,每次选1组,1次/d,用0.25%~0.5%普鲁卡因,每穴注入0.5ml。

(2)取颊车、风池、合谷,用穿心莲注射液,每穴注入0.5~1ml,1次/d。

(五)饮食疗法:

1. 生绿豆60g，煮至将熟，加入白菜心2～3个，煮20min，取汁顿服，2次/d。

2. 鲜马齿苋、丝瓜绞汁饮服

[预防]

发病后应隔离。保护易感者，接种腮腺炎减毒活疫苗；也可用喷鼻或气雾吸入。

脊髓灰质炎

本病是由脊髓灰质炎病毒引起的急性传染病。一般多发生于小儿，部分患者可发生弛缓性神经麻痹，故又叫小儿麻痹症。传染源是患者及带病毒者，经飞沫及粪便传播，夏秋季常见，感染后能持久免疫。

[诊断要点]

(一)流行病学资料：本地区有流行及确切的接触史。

(二)临床表现：

1. 潜伏期：一般为5～14d(广泛为3～35d)

2. 前驱期：起病可急可缓，以发热、乏力、全身不适等症状为主，可伴轻咳、咽痛、头痛、食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻或便秘，经1～4d后，多数症状消失。

3. 瘫痪前期：可无前驱期，也可在前驱期症状消失后1～6d体温再次上升进入本期，但多数是在前驱期后紧接出现本期症状，高热、头痛加剧、呕吐、烦躁不安或嗜睡。感觉过敏、多汗、全身肌肉疼痛、脑膜刺激征腹壁浅反射减弱或消失。脑脊液已有变化，但无瘫痪，多数发热于3～5d后退热。

4. 瘫痪期：多数在病程2～7d出现瘫痪。瘫痪进展一般在5～10d达高峰。瘫痪有以下4型：

(1)脊髓型：最为常见，主要累及四肢、躯干及呼吸肌(肋间肌、膈肌)，以下肢多见。瘫痪的特点为弛缓性，非对称性，轻重程度不一。腱反射减弱或消失。呼吸肌瘫痪时有呼吸困难，甚至呼吸衰竭。

(2)脑干型(球麻痹或延髓型)：表现脑神经麻痹，可产生相应症状，如面瘫、吞咽困难、眼球运动障碍等。可发生中枢性呼吸衰竭(严重缺氧、发绀、意识不清、昏迷、惊厥、呼吸不规则等，可迅速死亡)和血管运动中枢麻

瘫(四肢冰凉、血压下降、严重循环衰竭)。

(3)脑型:少数患者表现为病毒性脑炎症状,如高热、嗜睡、意识障碍甚至昏迷等。

(4)混合型:脊髓型和脑干型的临床表现同时存在。

5. 恢复期:体温降至正常,瘫痪进展停止。一般四肢远端小肌群先恢复,继之近端大肌群。开始1～2月恢复最快,多数于1年内完全恢复。若不恢复,则遗留后遗症。

(三)实验室检查:

1. 血常规:多无明显改变。

2. 脑脊液:白细胞数为0.02×10^9～0.2×10^9/L,早期中性粒细胞稍多,以后以淋巴细胞为主,蛋白质可以正常,以后蛋白质逐渐增多,晚期蛋白质继续增高,而细胞迅速降低,故晚期可出现蛋白和细胞分离现象,氯化物和糖正常。

3. 病毒分离:可用咽拭子、粪便进行分离。

4. 血清学检查:一般采取中和试验和补体结合试验,如抗体在病程中有4倍以上升高即有诊断意义。

注意与急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病鉴别。参考有关章节。

【治疗】

(一)急性期的治疗:

1. 前驱期及瘫痪前期:

(1)卧床休息至热退后1周,切忌剧烈运动和疲劳,避免肌注或手术。

(2)肢体疼痛可用止痛药和镇静剂,局部湿热敷或理疗。

(3)50%葡萄糖液20～40ml加维生素C 1～3g,1～2次/d,静注,以减轻神经水肿。

(4)较重者可给予肾上腺皮质激素,如强的松等,2～5d。

2. 瘫痪期:

(1)瘫痪肢体应注意护理,置于功能位置。

(2)应用促进神经肌肉传导药物:①地巴唑:每次剂量为0.1～0.2mg/kg体重,1次/d,10d为1疗程;②加兰他敏:每次剂量为0.05～0.1mg/kg体重,1次/d,20～40d为1疗程。另外可用维生素B_1、维生素B_{12}、维生素B_6等。

(3)对症处理:呼吸困难者应保持呼吸道通畅,吸痰,必要时气管切开。吞咽困难者应鼻饲。呼吸肌麻痹者应密切观察,必要时做气管切开和应用人工呼吸机。

(二)恢复期和后遗症期的治疗:肌肉疼痛消失,瘫痪停止发展时可开始按摩、活动、针灸、理疗和功能锻炼。

(三)中医治疗:

1. 邪入肺胃:症见瘫痪前期,舌红、苔白腻或黄腻,脉滑数,指纹浮紫。治法:清热解毒,利湿通络。方药:甘露消毒丹加葛根、柴胡、荆芥、桑枝、寄生、川续断。

2. 湿热疫毒入络:症见瘫痪期,舌红、苔黄白相兼或黄腻,脉滑数,指纹紫滞。治法:清热解毒,除湿活络。方药:防己、杏仁、滑石、连翘、栀子、薏苡仁、蚕砂、半夏、赤小豆、木瓜、川芎、红花、地龙、黄柏、苍术。

3. 肝肾亏损:症见后遗症期,舌淡红、苔薄白,脉沉细弱,指纹淡滞。治法:滋养肝肾,强健筋骨。方药:七宝美髯丹加熟地、肉从蓉、杜仲、龟版、白芍、寄生、肉桂、五加皮。

(四)针灸治疗:

1. 体针:取风池、曲池、合谷、列缺,泻法,用于肺热型。取曲池、足三里、阴陵泉、三阴交为主穴,发热加大椎、合谷;肢痛加阳陵泉、太冲、太白,泻法,用于湿热型。取肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、手三里、阳陵泉、足三里为主穴,上肢瘫痪配颈部夹脊穴、肩髃、膈俞、曲池、合谷;举肩困难配肩井、巨骨、天宗、臂臑;肘屈伸无力配天府、尺泽、曲泽、内关;手内外旋困难配阳池、阳溪、后溪、四渎、少海;腕下垂配外关、四渎、阳池;下肢瘫痪配阳关,腰部夹脊穴、环跳、殷门、绝骨;抬腿困难配髀关、伏兔、梁丘;膝屈伸无力配阴市、梁丘、上巨墟;膝反屈配承扶、委中、承山;足下垂配下巨墟、解溪;足内翻配悬钟、飞扬、昆仑、丘墟、申脉;足外翻配三阴交、照海、太溪。跟行足配承山、昆仑、太溪;腹肌瘫痪配梁门、天枢、带脉、关元,强刺激并灸。

2. 拔罐:取肩、肘、腕、髋、膝、踝关节局部或邻近俞穴,先针后拔。

3. 耳针:取相应部位、神门、肾上腺、内分泌、皮质下、枕。

4. 皮肤针:上肢瘫痪取曲池、肩髃、外关、合谷、阳池、夹脊穴;腹肌瘫痪取中脘、梁门、气海、气冲、天枢、大巨、归来、夹脊穴;下肢瘫痪取夹脊

穴、命门、腰阳关、八髎、委中、承山、足三里、阳陵泉、悬钟，循经叩打，轻刺激。

5. 穴位注射：上肢取夹脊穴颈4－胸2；下肢取夹脊穴胸12～腰5，用促肾上腺皮质激素25u，注射用水化成2ml；或维生素B_{12}100μg，维生素$B_1$200mg。每次选2对穴位，每穴注入0.5ml。隔日1次。

（五）推拿疗法：

1. 患者坐位、双拿肩井，搓运夹脊，点按风池、大椎、肺俞，揉拿手三阴经、手三阳经，点按合谷、曲池；推脾运胃，提拿足三阴经、足三阳经，点按足三里、三阴交、太溪。适用于前驱期及瘫痪期。

2. 在患处有关穴位推、拿、揉。头面部：点按揉百会、瞳子髎、颊车、地仓、推运印堂。颈部及上肢：揉拿项肌，揉拿手三阴、手三阳经，点按合谷、曲池、肩井。腰背部：点按背俞穴。下肢：提拿足三阴、足三阳经，点按阴陵泉、阳陵泉、足三里、三阴交、太溪、绝骨。适用于瘫痪与恢复期。

【预防】

（一）隔离患者，从发病日起至少隔离40d。患者的排泄物及污染物品应彻底消毒。对密切接触者应立即肌注丙种球蛋白（10%）0.3～0.5ml/kg体重。

（二）重点是预防疫苗应用：

1. 三型单价减毒活疫苗，即小儿麻痹糖丸（Ⅰ型为红色，Ⅱ型为黄色，Ⅲ型为绿色）。

2. 混合多价糖丸（Ⅱ、Ⅲ型混合为蓝色，Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型混合为白色）。

3. 口服疫苗的对象以2月～7岁的小儿为宜，冬春季进行。单价疫苗按Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅱ型顺序服用，各间隔4～6周。嚼碎后以温开水送服。每年重复1次或每年服3型混合疫苗1次，连续2年，以加强免疫。

病毒性胃肠炎

病毒性胃肠炎也称病毒性腹泻，由多种病毒引起，病原体主要为轮状病毒、诺瓦克样病毒，其次为埃柯（ECHO）病毒、柯萨奇病毒等。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：集体单位、托儿所、家庭成员中急性暴发呕吐，腹泻，特别在冬秋季，患者为年幼儿童，应考虑病毒性胃肠炎的可能。

(二)临床表现：

1．潜伏期：通常为1～3d。

2．半数患者有上呼吸道症状，病初1～2d有轻度恶心、呕吐，随后腹泻，呈黄绿色稀便，无粘液及血，每日为10～20次，常伴发热和腹痛，无里急后重，病程为5～8d。

(三)实验室检查：

1．粪便检查：镜检大多无白细胞；粪便细菌培养阴性。

2．粪便电镜观察病毒颗粒。

3．血清学检查粪便中病毒抗原。

本病应与细菌性食物中毒和细菌性痢疾相鉴别。

【治疗】

(一)一般治疗：本病有自限性，无特殊治疗，以对症治疗为主。呕吐、腹泻严重者应暂时禁食，静脉内补充液体。

(二)中医治疗：

1．脾胃湿热：呕吐，腹泻，大便如水或带粘液、气臭，腹痛，口渴，心烦，尿黄赤，或有发热、苔黄腻、脉数。治法：清热化湿。方药：葛根芩连汤。

2．脾胃寒湿：呕吐清水，泻下稀薄大便，气不甚臭，脘痞腹痛，喜温喜按。苔白腻，脉濡。治法：温中散寒除湿。方药：藿香正气散加减。

3．肝胃气滞：胃脘胀痛，食后尤甚，嗳气频作，常因情志不遂而加重，苔薄白，脉沉弦。治法：疏肝和胃。方药：四逆散合金铃子散加减。

4．脾胃虚弱：脘腹胀满，食欲不振，面色少华，倦怠，便溏，舌淡、苔白，脉沉细。治法：健脾益气。方药：参苓白术散。

(三)针灸治疗：

1．体针：中脘、天枢、内关、足三里。配内庭、曲池、上脘、合谷、气海、胃俞、大肠俞、曲泽、委中。

2．灸法：取大肠俞(双)、关元、神阙、足三里(双)、艾条温和灸。

3．耳针：神门、胃、大肠、小肠、交感。

4．贴敷：用白胡椒12g，肉桂、丁香各9g，黑膏药肉240g，制膏，每次用1张，烘烊，对脐孔外贴。适用于寒湿型。

5．刺血：取四缝、长强、中脘、天枢。脘腹胀痛加上脘、下脘；肛门灼

热加曲池、合谷；呕吐加内关；轻度脱水加足三里。

（四）单验方：

1. 凤尾草、老鹳草、铁苋菜、马齿苋各 30g，红枣 5 枚，水煎，分 2 次服，1 剂/d。

2. 鲜柞树皮 250g（干品 100g），水煎浸泡洗脚，每次 30min，1 次/d。亦可口服，1ml/kg 体重。

水　　痘

本病为水痘－带状疱疹病毒引起的急性传染病。传染性强，传染源为患者，主要是呼吸飞沫和直接接触传播，好发于 10 岁以下的儿童，冬春季发病率较高。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：本区有水痘流行，有接触水痘患者史。

（二）临床表现：

1. 潜伏期：为 10～23d，一般为 14～16d。

2. 起病急、低热、食欲不振、全身不适，有时可伴有上呼吸道炎症状。发热的同时或 1～2d 后，躯干和头部出现红色斑丘疹，数小时后变成椭圆形、大小不等或水滴状清晰水疱，外周红晕，有痒感。24h 内变浑浊，3～4d 结痂，愈合后无瘢痕。皮疹分批出现，同一部位可见斑丘疹、水泡、脓疱及结痂同时存在。皮疹呈向心性分布，主要在躯干和头面部，四肢稀少。水痘一般呈自限性，10d 左右自愈。当成人、免疫缺陷的小儿和新生儿患水痘时，病情较重，常有高热，疱疹融合、增大，呈大疱型、出血型（疱疹内血性渗出、瘀斑、紫癜）、坏死型（皮疹和皮下组织坏死）。常易继发细菌感染等并发症。

（三）实验室检查：

1. 白细胞总数正常或稍增高，分类正常。

2. 病毒分离：取疱疹液培养。

3. 血清抗体检测：可用放免法和酶联免疫吸附试验等方法检测特异性抗体。

【治疗】

（一）一般治疗及对症治疗：应隔离，发热时卧床休息，注意皮肤清洁，

剪短患者指甲，避免抓伤。瘙痒时可用0.25%石碳酸炉甘石洗剂，亦可用抗组织胺药物。疱疹破裂可涂1%龙胆紫或新霉素软膏。肾上腺皮质激素可使水痘恶化，故忌用。对继发细菌感染可应用敏感的抗生素。

（二）抗病毒治疗：对免疫缺陷及免疫抑制的患者应早期用抗病毒治疗，如阿糖腺苷、无环鸟苷、干扰素等，可减少播散，提高治愈率。

【预防】

隔离患者至皮疹全部干燥结痂为止。接触者早期（4d内）即肌注丙种球蛋白（0.4－0.6ml/kg体重）可减轻症状或达到完全保护。

艾　滋　病

艾滋病亦名获得性免疫缺陷综合征，是人免疫缺陷病毒或艾滋病毒所引起的一种严重传染病。病毒特异性地侵犯辅助性T淋巴细胞，造成机体细胞免疫受损。临床上由无症状病毒携带者发展为持续性全身淋巴结肿大综合征和艾滋病相关状态，最后并发一系列各种严重机会性感染和恶性肿瘤。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：有性乱史（多为男性同性恋者或异性恋者，或与外籍人有性接触史）；吸毒者有注射毒品史；或接受血制品史；或家庭成员中已有患本病者。

（二）临床表现：①无症状感染：病毒侵入后，持续2－10年，除血中有艾滋病毒抗体外，无任何症状；②急性感染：起病急，有发热、出汗、不适、厌食、恶心、头痛、咽痛、关节痛、肌肉痛等症状。同时有红斑样皮疹和淋巴结肿大，淋巴细胞亚群检查有T_4与T_8淋巴细胞比例倒置；③持续性全身淋巴结肿大综合征：腹股沟淋巴结以外其他部位2处或2处以上淋巴结肿大，直径在1cm以上，持续3个月以上，而无其他原因者。多为对称性、质地韧、活动、无压痛。4个月－5年后，可发展为艾滋病；④艾滋病合并其他感染：因严重免疫细胞缺损，出现机会病原体感染，主要机会病原体有卡氏肺孢子虫、弓形虫、隐孢子虫、念珠菌、隐球菌、组织胞浆菌、巨细胞病毒、疱疹病毒等。因免疫缺陷而发生恶性肿瘤，如卡波西肉瘤或其他淋巴瘤。

（三）实验室检查：

1. 血常规：多有血红蛋白、红细胞降低，白细胞常下降至 4×10^9/L 以下。

2. 免疫学检查：淋巴细胞亚群检查有 T 淋巴细胞减少，多低于 0.6×10^9/L，T_H 明显下降，$T_H:T_8<1$（正常为 >1），有不同程度免疫球蛋白升高。检测血清人类免疫缺陷病毒抗体和抗原，有利于确诊。

3. 其他：骨髓纤维组织增生，浆细胞增加，常有蛋白尿，血中肌酐、尿素氮可升高。

【治疗】

(一)抗病毒药物：

1. 叠氮脱氧胸苷：是目前唯一获准使用的抗艾滋病毒药物。口服量为 5mg/kg，每 4h 1 次。成人治疗用静注 100～150mg，每 4h 1 次，2 周后改口服，每 4h 200～300mg，持续 4 周。

2. 苏拉明：因半衰期长，可每周静注 1 次，剂量为 0.5～1.5g，应持续较长时间（可用药 1 年）。副作用有皮疹、发热、肝功能异常。

3. 磷甲酸钠：可用 20mg 静注，8～26d 为 1 疗程。副作用有恶心、头痛、乏力、贫血和轻度血肌酐升高。

4. 病毒唑：可用 800～1 000mg/d，连用 5～8d，重症可加大剂量。副作用有失眠、烦躁、胃部不适。大剂量有可逆性贫血。

5. α干扰素：36×10^6u，1 次/d，肌注，4 周后改为每周 3 次，连续 4 周为 1 疗程。

(二)免疫治疗：可用异丙肌苷，3g/d。亦可用白细胞介素Ⅱ(IL－2)，胸腺素等提高免疫功能。此外，可用骨髓移植、同系淋巴输注、胸腺植人等免疫重建疗法。

(三)合并症治疗：卡氏肺孢子虫肺炎可用戊烷脒 4mg/kg 体重，肌注或静滴，14d 为 1 疗程；或 TMP 20mg/kg 体重加 SMZ 100mg/kg 体重，分 4 次静注，2～3 周为 1 疗程。隐孢虫病可用螺旋霉素，1g/d。鸟分枝杆菌病可用绊霉素与氯苯酚嗪联合治疗。弓形虫病可用乙胺嘧啶和磺胺药物。卡波西肉瘤用阿霉素、放射菌素 D、博莱霉素、长春新碱等。

狂 犬 病

狂犬病又名恐水症，是由狂犬病毒所致的急性传染病。人畜共患，多

见于犬、猫、狼等动物，人多因被病畜咬伤而感染。

【诊断要点】

（一）有被咬史，咬人动物已断定为狂犬病。

（二）临床表现：

1. 潜伏期：一般为 20～90d，但也可达数年。

2. 症状：低热、头痛、倦怠、恶心、烦躁、恐惧不安等。已愈合的伤口又出现疼痛、痒、麻木等。对声、光、风等刺激有咽喉发紧感觉，2～4d 后进入兴奋状态，表现为恐惶、恐水、怕光、发作性咽肌痉挛、呼吸困难等。风、光、声、触动等也可引起咽肌痉挛。如饮水、见水、闻流水声均可导致严重咽肌痉挛。1～3d 后，患者安静，痉挛发作停止，继之出现各种瘫痪。可因呼吸循环衰竭而死亡。

（三）实验室检查：

1. 血象：白细胞总数轻度增高。

2. 脑脊液：压力可增高，细胞及蛋白稍增多。

3. 病毒分离：患者唾液或死亡脑组织接种于豚鼠、小白鼠、兔以分离狂犬病毒。

4. 脑组织切片中镜检可发现内基小体。

【治疗】

隔离患者于安静的单人房间内，避免一切刺激，如声、光、风等。采取一切措施维护患者的心血管和呼吸功能。用安定、巴比妥类解除患者高度兴奋状态。咽肌及呼吸辅助肌痉挛时，可考虑气管切开，应用肌肉松弛剂、间歇正压给氧等。有脑水肿者给予脱水剂，鼻饲给予营养和水分，并静脉补液。本病死亡率几乎 100%。

【预防】

（一）捕杀所有野犬，对家犬进行登记。必要时预防接种。狂犬、狂猫应立即击毙。病死动物应焚毁或深埋。

（二）伤口应立即处理，以 20% 肥皂水或 0.1% 新洁尔灭彻底冲洗伤口，至少 0.5h。

（三）狂犬病疫苗预防接种。

麻　疹

本病是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病。主要发生在婴幼儿，传染源是患者，常在冬末春初流行。主要经飞沫传播，病后可获得持久免疫力。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：有麻疹接触史，无麻疹疫苗接种史，既往无患过麻疹，并参考发病年龄（婴幼儿）及季节（冬春）。

（二）临床表现：潜伏期为10d（6～18d），典型麻疹可分为3期：

1．前驱期：一般为3～4d，有发热、全身不适、头痛、食欲不振、喷嚏、流鼻涕、流泪、咳嗽、畏光、眼结膜充血等。在第2～3d可于颊粘膜及唇内侧发现直径为0.5～1mm，数目多少不等的小白点，周围绕以红晕，称麻疹粘膜斑（又名柯氏斑），2～3d即消失。

2．出疹期：起病3～4d后开始出疹，从耳后发际开始，渐及前额、面、颈、躯干、四肢，以自上而下顺序蔓延，最后达手掌与足底。皮疹为淡红色斑丘疹，大小不等，形态不规则，可互相融合成片，疹间皮肤正常。出疹时发热更高、全身症状加重，皮疹于3～5d出齐。

3．恢复期：皮疹出齐后，按出疹顺序自上而下逐渐消退，症状减轻，体温下降，食欲好转。一般在热退后2～3d皮疹消退，遗留浅褐色色素沉着斑及少量细小脱屑，经1～2周完全消失。

当皮疹消退时，若仍有持续高热，全身症状不减轻，即表示已发生了并发症。常见并发症如下：

（1）支气管肺炎：为最常见并发症，多数继发细菌感染，也可由麻疹病毒引起。支气管肺炎可发生在病程任何时期，以出疹期最多，表现病情加重、高热、咳嗽、脓性痰、鼻翼扇动、唇发绀、肺部湿音。

（2）心肌炎：多见于婴幼儿，重症患者皮疹突然隐退，伴气促、发绀、烦躁、面色苍白、脉速细弱、心率快、第一心音低钝、肝脏肿大等心力衰竭征象。

（3）脑炎：主要为儿童，发生率为0.01%～0.5%，临床表现与其他病毒性脑炎相似。病死率约15%，部分遗留有智力减退、瘫痪等后遗症。

（三）实验室检查：

1. 血象：白细胞总数初期正常或稍高，出疹期稍减少，淋巴细胞增多。

2. 多核巨细胞检查：取患者鼻咽分泌物、痰及尿沉渣涂片染色镜检可查到多核巨细胞。潜伏期末至出疹期均可进行，有早期诊断价值。

3. 病毒分离：取初期或出疹期患者鼻咽分泌物、血和尿接种原代人胚肾或羊膜细胞，分离麻疹病毒。

4. 血清抗体测定：常用血凝抑制试验，也可用中和试验和补体结合试验协助诊断。

注意本病应与风疹、猩红热、药物疹、幼儿急疹相鉴别。详见有关章节。

【治疗】

（一）一般治疗：卧床休息，室内空气流通，保持空气新鲜，但应避免对流冷风。光线不易太强，注意皮肤、粘膜的清洁，经常洗脸，清洁口腔及鼻腔。多饮水、食物应富于营养，易于消化。恢复期多吃蛋类、豆腐、肉类和蔬菜。

（二）对症治疗：体温太高时，可用小量的退热药（如复方阿斯匹林）或额部冷敷或用温水擦身。严重咳嗽时可服止咳药。烦躁可用镇静剂，如安定、非那根等。

（三）并发症治疗：

1. 支气管肺炎：酌用抗菌药物，常先用青霉素G肌注或静注，重症或病因不明的病例，可联合应用2种抗菌药物，并加用小剂量氟美松静滴。

2. 心肌炎：卧床休息，严重者酌用强的松，有心衰者可酌用地高辛、西地兰或毒毛旋花子甙K。

3. 脑炎：同流行性乙型脑炎治疗。

（四）中医治疗：

1. 麻疹顺证：

（1）疹前期：舌红、苔薄白或黄，脉浮数，指纹青紫。治法：辛凉透疹。方药：银翘散减豆豉、桔梗、甘草，加葛根、蝉蜕、西河柳。

（2）出疹期：舌红、苔黄白相兼或黄燥，脉洪数，指纹紫滞。治法：辛凉透疹、清热解毒、活血化瘀。方药：紫草红花饮。

（3）疹收期：舌红少津、舌苔薄白或少黄苔，指纹淡紫。治法：养阴清

热。方药：沙参麦冬汤。

2．麻疹逆证：

(1)麻毒闭肺：高热烦躁，咳嗽气急，疹出不透或疹点紫暗，口唇紫绀，舌红、苔黄，脉数，指纹青紫。治法：清热解毒，宣肺化痰。方药：麻杏石甘汤加黄芩、连翘、板蓝根、紫草根、金银花、葶苈子。

(2)邪陷心包：壮热，呕吐抽搐，神昏谵语，疹色紫暗，稠密成片，舌绛或紫暗，苔黄欠津，脉滑数，指纹青紫。治法：清热凉血，熄风开窍。方剂：水牛角地黄汤加地龙、板蓝根、紫草根、赤芍。

(五)针灸治疗：

1．体针：取风门、合谷、列缺。高热配大椎、少商；咳嗽配肺俞、天突；痰多配膻中、尺泽、丰隆；抽风配印堂、太冲；四肢不温，大汗淋漓配内关、太溪、足三里。

2．拔罐：取大杼、风门、肺俞。先用闪罐法，然后留罐 5～10min。适用于麻疹咳喘。

3．贴敷：

(1)取劳宫、涌泉、尺泽、委中、膻中。用大蒜捣烂后涂敷患处。适用于初期。

(2)取涌泉，用白矾 30g、二丑 15g、小麦面适量，共研末，用醋调膏，敷穴上，干后即换，保持湿润。适用于出疹期兼咳喘、发热。

(六)单验方：

1．胡荽 12g，浮萍、西河柳各 9g，樱桃核 6g，煎水温浴体表，2 次/d；或单用浮萍 100～200g，煎水温浴全身，1～2 次/d。适用于疹将透不透。

2．芫荽、浮萍、西河柳、葛根各 5～15g，可选其中 1～2 味，水煎服。

3．炒牛蒡子、荆芥穗、防风各 3～6g，水煎服。适用于疹出受风寒而收没。

4．野菊花 12g、栀子 9g、丝瓜叶 3g、大青叶 10g、绿豆 15g，水煎服。适用于疹透齐但伏热炽盛。

(七)饮食疗法：

1．胡萝卜、香菜、荸荠熬水饮用。

2．鲜鲫鱼 1 条与鲜蘑菇 18g，炖汤服。

以上 2 方适用于出疹前期。

3. 红苋菜 15g 或红苋菜子 10g，水煎服，日服 2 次。

4. 绿豆衣 15g，煎水加白糖 15g，冲服。适用于出疹时腹泻。

以上 2 方适用于出疹期。

5. 鲜荸荠 10 个，鲜白萝卜片 250g，煎水服。适用于恢复期。

【预防】

采取预防接种为主的综合性预防措施。麻疹患儿应早隔离，隔离至出疹后 5d。无并发症应在家隔离治疗，不必住院。未患过麻疹患儿应注射麻疹减毒活疫苗，最佳年龄 15 月左右小儿。剂量为 0.2～0.25ml，皮下注射，年幼、体弱或有病儿童接触麻疹应即用人血丙种球蛋白 3ml（或 0.25ml/kg 体重）肌注或胎盘血丙种球蛋白 3～6ml 肌注。

流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎（简称乙脑）是乙脑病毒引起的以中枢神经系统病变为主的急性传染病。传染源为人和动物，特别是家畜、家禽。主要是通过蚊虫叮咬传播。人对乙脑病毒普便易感，但仅少数人发病，大多数为隐性感染，故发病者多为儿童。病后可持久免疫。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：在夏秋季（7～9 月）发病，或来自流行地区。

（二）临床表现：潜伏期为 4～21d，一般为 10～14d，典型病例可分 3 期：

1. 初期：病程为 1～3d。起病急，发热体温很快上升至 39～40℃，伴头痛、恶心、呕吐、精神萎靡、嗜睡等。

2. 极期：病程第 4～10d，病情进行性加重，表现高热（体温高达 39～40℃以上）、嗜睡、昏迷、惊厥或抽搐（呈阵发性或强直性抽搐）。重症可伴有呼吸衰竭或循环衰竭（循环衰竭少见），最后呼吸停止。如继发脑疝，则除呼吸改变外，尚有瞳孔变化、血压升高等。浅反射消失，肌张力高，脑膜刺激征及锥体系征阳性。

3. 恢复期：极期过后，体温逐渐下降，病情趋向好转，多数在 2 周左右恢复。个别重症患者可有失语、痴呆、低热、震颤、瘫痪等，经积极治疗多在 6 月内恢复。

5%～20% 重症患者在发病 6 月后留有上述神经精神症状称为后遗

症。

4. 临床分型：

(1)轻型：发热在 38～39℃，神志清楚，轻度嗜睡，无抽搐，1 周左右恢复。

(2)普通型：发热在 39～40℃，嗜睡或浅昏迷，脑膜刺激征阳性，偶尔有抽搐及病理反射。病程为 7～10d，恢复期大多无神经精神症状，一般无后遗症。

(3)重型：发热在 40℃以上，神志昏迷，反复或持续抽搐，脑膜刺激征明显，深反射先亢进后消失，病理反射强阳性，可有肢体瘫痪或呼吸衰竭，病程为 2 周以上。

(4)极重型：起病急，体温于 1～2d 内上升至 41℃，反复或持续抽搐，深度昏迷，常发生脑疝及呼吸衰竭，病死率高，经及时抢救而幸存者有严重后遗症。

(三)实验室检查：

1. 血象：白细胞总数和中性粒细胞分类增高。

2. 脑脊液：外观透明或微混，压力高，白细胞数轻度增加，多在 0.05×10^9～0.5×10^9/L，但亦有少数正常者。早期以中性粒细胞为主，后期以淋巴细胞为主，蛋白质稍高，糖正常或偏高，氯化物正常。

3. 血清学检查：免疫荧光法检测特异性 IgM 抗体阳性，具有早期诊断意义。

(四)鉴别诊断：中毒性菌痢起病急，常在发病 24h 内突然高热、抽搐、昏迷，并有中毒性休克表现，无脑膜刺激征，脑脊液正常。肛拭子或灌肠粪便检查可见脓、血细胞。

【治疗】

(一)一般治疗：应住院隔离，病室应有防蚊和降温设备。密切观察病情，定时测体温、脉搏、呼吸、血压。保持口腔清洁和呼吸道通畅。及时补充营养及热量，流质饮食，昏迷者应鼻饲。必要时静脉补液：高热、惊厥、昏迷患者中，成人每日为 1 500ml－2 000ml，小儿每日为 50～80ml/kg 体重，主要为葡萄糖、1/4 量含钠盐，并酌情补充钾盐。昏迷伴脑水肿时应适量控制补液量。

(二)对症治疗：

1. 高热：应以物理降温为主，药物降温为辅，使肛温控制在38℃为宜。可用冰袋置前额、枕部、颈部、腋下及腹股沟部，或用30%～40%酒精擦浴。药物降温可口服小量阿斯匹林或消炎痛等。儿童可用安乃近滴鼻。高热抽搐的患者可用亚冬眠疗法，每次以氯丙嗪和异丙嗪各0.5～1mg/kg体重，每4～6h 1次，肌注，但要防止冬眠过深，痰阻窒息。

2、惊厥或抽搐：应针对产生原因，分别处理，常用药物有：

(1)安定：为首选，作用快，成人10～20mg/次；小儿每次为0.1～0.3mg/kg体重，肌注，必要时缓慢静注。

(2)苯巴比妥钠：成人0.1～0.2g/次，小儿每次为5～8mg/kg体重，肌注，作用缓慢。

(3)水合氯醛：成人1～2g/次，小儿每次为100mg/岁(每次不超过1g)。稀释后保留灌肠。

3. 呼吸衰竭：

(1)保持呼吸道通畅，解除痰阻：吸氧，吸痰，定时翻身、拍背以利引流。如痰液粘稠可雾化吸入。

(2)血管扩张剂应用：东莨菪碱、山莨菪碱或阿托品对抢救中枢性呼吸衰竭有效。①东莨菪碱：成人0.3～0.5mg/次，小儿每次为0.02～0.03mg/kg体重，稀释于葡萄糖液静注，每20～30min 1次，以后根据病情逐渐延长时间；②山莨菪碱：成人20mg/次，小儿每次为0.5～1mg/kg体重，用法同①。

(3)脑疝引起呼吸衰竭，可给予脱水剂、肾上腺皮质激素等以降低颅内压。

(4)适当应用中枢呼吸兴奋剂，纠正酸中毒，必要时气管切开或气管插管，应用人工呼吸机。

(5)肾上腺皮质激素：重症患者早期可应用氢化可的松，每次剂量为5～10mg/kg体重，稀释于10%葡萄糖100～200ml，1次/d，疗程为3～5d。

(三)恢复期治疗：应注意营养，精心护理，防止褥疮及继发感染，有后遗症者可针灸、按摩、推拿和功能锻炼等。

(四)中医治疗：

1. 卫气同病(早期)：症同前述。舌红、苔白或黄腻，脉浮数或滑数，

指纹紫滞。治法：清热解毒、化湿透表。方药：银翘散加板蓝根、大青叶、石膏、知母、葛根、藿香、佩兰。

2. 气营两燔(极期)：症同前述。舌绛、苔黄燥或黄腻，脉洪数或滑数。治法：清热凉营解毒。方药：白虎汤合清营汤加减。

3. 余热未清(恢复期)：症同前述。舌红、少苔欠津，脉细数。治法：养阴益气，兼清余热。方药：竹叶石膏汤加减。

4. 肝肾阴虚(后遗症期)：治法：滋养肝肾。方药：三甲复脉汤。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取曲池、大椎、内关、后溪。卫气型配风池、合谷、外关；气营型配大椎、十二井、内庭；营血型配曲泽、委中、中冲、少冲；高热加外关、十宣；昏迷加水沟、合谷、太冲、风府；痰鸣加丰隆。用泻法。十二井、十宣、委中、曲泽点刺出血，适用于急性期。取百会、风府、心俞、肝俞、脾俞、肾俞、内关、足三里、三阴交。痴呆加四神聪、神门；失语加哑门、廉泉、通里；吞咽困难加天突、人迎、廉泉、合谷。小便失禁加关元、中极、三阴交；失明加睛明、球后、风池、光明、太冲。适用于后遗症。面瘫及上下肢瘫，可参见面神经麻痹和小儿麻痹后遗症用穴。

2. 耳针：取脑点、皮质下、心。失语加脑干、肝、肾。

3. 皮肤针：取头部、项部、腰部督脉和膀胱经，华陀夹脊穴。循经轻叩。

4. 贴敷：用醋炒吴茱萸末 30g，敷贴于脐下和足心；或用生地龙加入白矾捣烂，外贴囟门。适用于高热不退。

5. 穴位注射：参照后遗症取穴，用维生素 B_1 或维生素 B_{12} 注入。

(六)推拿疗法：参见脊髓灰质炎。

【预防】

(一)灭蚊。

(二)预防接种：乙型脑炎灭活疫苗，1～15 岁患者剂量为 0.5ml/次，16 岁以上患者剂量为 1ml/次，间隔 7～10d 再注射 1 针。

流行性感冒

流行性感冒(简称流感)是流感病毒引起的急性呼吸道传染病。通过空气飞沫传播，多发生于冬春季，易发生流行，传染性强。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:根据当时当地有流感流行。

(二)临床表现:潜伏期为1～3d(或数小时至4d)。起病急,畏寒,高热(39～40℃)、头痛、四肢酸痛、咽痛、咳嗽、吐痰、流鼻涕。全身症状较上呼吸道症状重。体检有面红、结膜和咽部充血,无其他特殊发现,3～4d热退。若发热3～4d后体温仍持续不退,应注意并发症。常见流感病毒肺炎,主要发生在老年、幼儿,表现为高热、剧咳、血痰、发绀、呼吸急促,双肺湿啰音,X线检查肺部有炎症表现。抗生素治疗无效。特别严重者5～10d内因发生呼吸循环衰竭而死亡。

(三)实验室检查:

1.白细胞计数:正常或稍低,合并细菌感染白细胞计数可升高。

2.病毒分离:起病3d内鼻粘膜或咽部棉拭子接种鸡胚或组织培养,再行病毒分离。

【鉴别诊断】

本病应和伤风鉴别:伤风起病较缓,发热不高,全身中毒症状轻,上呼吸道症状较明显。另外也应和急性扁桃腺炎、流行性出血热早期、钩端螺旋体病等鉴别。

【治疗】

(一)主要是对症治疗,呼吸道隔离。患者应卧床休息。多饮开水,高热者可给复方阿斯匹林或去痛片0.5g,3次/d。婴、幼儿或年老体弱者,继发肺炎应给予抗菌药物青霉素、链霉素等。

(二)中医疗法。见急性上呼吸道感染。

【预防】

患者最好戴口鼻罩,以免传染别人。平时注意体育锻炼,增强体质。可采用流感灭活疫苗,皮下注射1次1ml(成人),秋季进行。

风　　疹

本病是风疹病毒引起的急性呼吸道传染病。传染源为患者,传染性不强,通过空气飞沫传播,多发生于冬春季,多为2～5岁小儿。病后免疫稳固。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:根据有本病接触史并参考发病季节(冬春)及年龄(2～5岁)。

(二)临床表现:潜伏期为18d(14～21d),起病时可有轻度的上呼吸道症状,发热1～2d后出疹,自面部开始,24h内波及全身,形状似麻疹样,但较小,而且很少融合成片,有时像猩红热样。皮疹于2～3d内迅速消退,不留痕迹。出疹期可发热和有轻度全身症状,但症状比麻疹轻,常有耳后、后颈部及枕部淋巴结肿大。无口腔粘膜上的费－科斑。本病预后佳,并发症少,但4个月以内孕妇感染后可使胎儿发生先天性畸形。

(三)实验室检查:

1. 血象:白细胞总数下降,分类淋巴细胞增多。

2. 病毒分离:出疹前1～2d至出疹后2d内取鼻咽分泌物可分离到风疹病毒。

【治疗】

(一)无特效疗法,主要是对症治疗。

(二)中医治疗:

1. 邪郁肺胃:发热恶寒,咳嗽流涕,目赤喷嚏,神倦食少,疹色浅红,先起于头面,随即遍布全身,分布均匀,稀疏细小,2～3d消退,有瘙痒感,耳后及枕部淋巴结肿大,舌苔薄黄,脉浮数,指纹紫在风关。治法:疏风清热。方药:银翘散。

2. 邪热炽盛:高热口渴,心烦不宁,神倦懒动,唇干而红,便干溺赤,疹面鲜红或紫暗成片,瘙痒较重,舌红、苔黄糙,脉洪数或细数,指纹紫在风关或上达气关。治法:清热解毒。方药:透疹凉解汤(薄荷、荆芥、桑叶、菊花、连翘、金银花、蝉蜕、牛蒡子、赤芍、紫花地丁),水煎服。

【预防】

隔离患者至出疹后5d内,妊娠3个月应避免与风疹患者接触,如发生风疹,应中止妊娠。接种风疹减毒活疫苗的对象为:①儿童普遍接种;②对妇女的选择性接种,主要是孕龄妇女。

流行性出血热

流行性出血热(简称出血热)是由流行性出血热病毒引起,以几种鼠

类为主要传染源的自然疫源性疾病。皮肤直接接触鼠类排泄物或吞入被鼠排泄物污染的食物等途径进行传播。每年5～7月和11月至次年1月为发病高峰季节。青壮年发病率较高。病后可有持久而稳定免疫性。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:在发病季节,于发病前2个月内曾到过疫区,或有与鼠类直接和间接接触,食用鼠类污染的食物或接触带病毒的实验动物史。

(二)症状:起病急,有发热,头痛、腰痛、眼眶痛(即三痛),恶心,呕吐,腹痛,腹泻等症状。常依次出现低血压、少尿及多尿现象。

(三)体征:面、颈、上胸潮红(即三红),重者似酒醉貌。眼结合膜和咽部充血,软腭、腋下、前胸等部位可见出血点(点状、条索状、集簇状),并可伴有眼结合膜水肿及眼睑、面部浮肿。肾区有叩击痛。

(四)实验室检查:

1. 早期尿中出现蛋白,且迅速增多,有红细胞、管型或膜状物。

2. 血象:早期白细胞总数正常或偏低,随着病程进展逐渐增高,淋巴细胞增多,并出现异型淋巴细胞,血小板数下降。

3. 血生化检查:血尿素氮(BUN)升高。

4. 血或尿特异性抗原检测阳性,血清特异性IgM抗体阳性或双份血清特异性IgG抗体4倍增高者(间隔1周)。

(五)病程经过:病程中有发热、低血压、少尿、多尿及恢复期5期经过。不典型病例或经早期合理治疗,可不出现低血压或少尿期。

【治疗】

目前尚无特效治疗,应以综合治疗为主,力求早期诊断、早期休息、早期治疗和就近治疗。

(一)发热期治疗:

1. 对症治疗:早期卧床休息。如呕吐不能进食者,可静脉补充葡萄糖。高热应以物理降温为主。中毒症状重时,可选用氢化可的松100～200mg或地塞米松5～10mg,静脉滴注。出血明显时,可用止血敏、维生素K或维生素C等。

2. 液体疗法:进液量在发热早期以每日尿量加1 000ml计,如高热、出汗多,可加至1 500ml,以口服为主,不足者可静脉滴注以平衡盐为主。

有少尿倾向时，应控制液体入量，可酌情应用利尿剂。

3．抗病毒治疗及免疫调节疗法。

(1)近年来应用病毒唑，700～1 000mg/d，1 次/d，静滴，3d 为 1 疗程。

(2)环磷酰胺：300mg/d，静注，3d 为 1 疗程。

(3)强力宁：40～100ml/d，1 次/d，静滴。

(4)聚肌胞：2mg，肌注，1 次/d，3d 为 1 疗程。

(二)低血压休克期治疗：

1．补充血容量：输液补容以早期、快速、适量为原则。应以平衡盐液，低分子右旋糖酐为主。有条件者，可用血浆或白蛋白等。

2．调整酸碱平衡：代谢性酸中毒时可用 5% 碳酸氢钠 5ml/kg，静注或静滴，或参照二氧化碳结合力计算。

3．血管活性药物和肾上腺皮质激素：经上述处理，血压仍不稳定，可选用间羟胺、多巴胺等静滴，同时可应用地塞米松 10～20mg 静滴。

(三)少尿期治疗：

1．少尿或无尿时应严格控制入水量，输入量以前一日尿量及吐泻量加 500～700ml 为宜。应限制钠盐摄入，钾盐应根据血钾及心电图变化予以限制或补充。血压过高，宜给适量降压药。给予高糖、高维生素、低蛋白饮食。

2．促进利尿：可用速尿 40～100mg/次，静注，如尿量不增，可加大剂量(速尿 100～240mg/次)，4～6h 重复应用，也可用利尿合剂、酚妥拉明等。

3．导泻：口服 20% 甘露醇溶液 125ml，以后可根据病情重复之，也可用硫酸镁，中药大黄、番泻叶等口服导泻。

4．透析疗法：明显氮质血症、高血钾、高血容量综合征患者，可用腹膜透析和血液透析。血透效果较好。

(四)多尿期治疗：主要在于适当补充液体和电解质。但不宜输入过多。多尿期开始几天应补液量为排尿量的 75%，以后应维持出入量平衡。补液以口服为主，注意补充钠、钾盐。防止继发感染。

(五)恢复期治疗：应补充营养、休息 1～3 个月，逐渐恢复工作。

(六)中医治疗：

1．发热期：疫入气血，表现为高热口渴，面红目赤，头痛，眼眶痛，怕

光，视力模糊，胸颈潮红或斑疹隐隐，舌红苔黄，脉弦数。治法：清热解毒，滋阴凉血。方药：清瘟败毒饮或清营汤。

2. 低血压期：热闭正脱，表现为烦躁谵语，呕吐加重，口渴，汗多，皮肤潮红，血压下降，舌绛，脉沉细数。治法：补气救阴，清热解毒。方药：生脉散加地黄、蒲公英、连翘、龙骨、牡蛎。

3. 少尿期：血热阴伤，表现为口干咽燥，鼻出血，呕血，便血，尿血，尿少，皮下出血，舌红，脉细数。治法：滋阴凉血，解毒利尿。方药：增液汤加金银花、茅根、车前子。

4. 多尿期：肾气不摄，表现为头昏，腰酸，口渴多饮，全身无力，尿频量多，甚至小便失禁，舌红，脉缓。治法：滋阴补肾。方药：七味都气丸去丹皮、泽泻，加菟丝子、金樱子、覆盆子。

(七)针灸治疗：

1. 体针：曲池、合谷、大椎，用于发热期；内关、足三里，用于低血压期；肾俞、膀胱俞、关元透中极、阴陵泉，用于少尿期；关元、足三里，用于多尿期。

2. 耳针：取皮质下，肾上腺，肝，耳尖放血，用于发热期；取肾上腺、皮质下、心，用于低血压期；取肾、膀胱、三焦，用于少尿期；取肾、内分泌，用于多尿期。留针 30min。

(八)单验方：

1. 鲜茅根 120g，煎汤频服。适用于尿少、发热、出血期。

2. 大青叶、金银花、半边莲各 20g，煎服。

(九)饮食疗法：鲜荸荠、鲜茅根，煎水代茶饮。

【预防】

发动群众，应采取灭鼠为重点的综合性预防措施。患者隔离至急性症状消失为止。

第三节　立克次体感染

流行性斑疹伤寒

流行性斑疹伤寒又称虱传斑疹伤寒，是普氏立克次体通过体虱为媒

介所致的急性传染病。当人搔痒时可通过皮肤搔痕侵入人体。人普遍易感，常在冬春季流行。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：询问有关与人虱的接触史和被虱叮咬史等。

（二）临床表现：

1. 发热及全身中毒症状：起病急，先有寒战、发热、剧烈头痛，伴全身肌肉酸痛、乏力、眼结膜充血及面部充血等。

2. 皮疹：90%左右的病例可出现皮疹，于病期第4～5d出现淡红色斑疹，后变为暗红色斑丘疹或瘀点，先见于胸、肩、背部，随之扩散至腋窝、腹部及全身。

3. 神经系统症状：有剧烈头痛、失眠、耳鸣、听力减退，重者谵妄、狂躁、昏迷。可有脑膜刺激征。

4. 脾常肿大，少数有肝大，可有脉搏增快，血压偏低。重者可发生中毒性心肌炎。

（三）实验室检查：

1. 血象：白细胞总数多正常，中性粒细胞常增多，嗜酸性粒细胞减少或消失。

2. 变形杆菌OX_{19}凝集试验：亦称外－斐试验，效价1∶160以上有诊断价值，病程中效价上升4倍以上者意义更大。

3. 立克次体凝集反应：阳性率高，特异性强，效价1∶40即有诊断意义。

【治疗】

（一）一般治疗与对症治疗：患者应隔离、灭虱、卧床休息。高热量半流质饮食，每日入量为3 000ml左右，不能口服可静脉补液。高热时可物理降温。剧烈头痛和神经症状明显时给以止痛剂及镇静剂。毒血症症状严重时可短期应用肾上腺皮质激素。

（二）病原治疗：

1. 四环素、土霉素为首选，氯霉素也有效。成人剂量1.5～2g/d，小儿每日剂量为25mg/kg体重，分2～3次口服，服药后24～48h即可开始退热，疗程一般为5～6d。

2. 强力霉素，200mg/d，连服3d；疗效亦佳。

(三)中医治疗:参见伤寒与副伤寒。

地方性斑疹伤寒

地方性斑疹伤寒亦称鼠型或鼠型斑疹伤寒,为莫氏立克次体通过鼠蚤传播的急性传染病。人普遍易感,本病发生在夏秋季,多为散发。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:根据住处和工作地点有鼠类,有与蚤接触并被蚤叮咬史等。

(二)临床表现:与流行性斑疹伤寒相似而病情较轻,皮疹稀少或无皮疹,病程较短,预后较好。

(三)实验室检查:

1. 血象:白细胞计数大多数正常或稍高,亦可偏低。

2. 血清学检查:

(1)外-斐试验:OX_{19}呈阳性,凝集效价一般较流行性斑疹伤寒为低。

(2)立克次体凝集反应及补体结合试验有助于与流行性斑疹伤寒的鉴别。

【治疗】

与流行性斑疹伤寒相同。

第四节　细菌感染

伤寒与副伤寒

伤寒与副伤寒是由伤寒沙门菌与副伤寒沙门菌甲、乙、丙引起的急性肠道传染病。以夏秋季最多,儿童与青壮年发病率高。病后可获得持久免疫。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:根据当地流行情况,流行季节(夏秋),既往无本病史及预防接种史,有与伤寒患者密切接触史等。

(二)临床表现:潜伏期为7～23d,一般为10～14d。典型可分4期:

1.初期:病程第1周,起病缓慢,发热,体温呈梯形上升,1周后达高峰40℃左右,表现为全身不适、乏力、食欲减退、咽痛和咳嗽等。

2.极期:病程第2～3周。高热,以稽留型高热为主,持续10～14d,表现为食欲不振,舌质红(伤寒舌),腹部不适、腹胀、腹泻或便秘,精神恍惚,表情淡漠,反应迟钝,听力减退。重症可有谵妄,昏迷,相对缓脉或有时出现重脉。肝脾肿大。部分患者在病程7～13d可出现玫瑰疹,直径为2～4mm,压之退色,数目在10个以下,多在2～4d内消失。

3.缓解期:病程第3～4周,体温出现波动并开始下降,食欲逐渐好转,腹胀逐渐消失。脾肿大开始回缩,但有肠出血、肠穿孔等并发症危险,应警惕。

4.恢复期:病程第5周。体温恢复正常,食欲好转,一般1个月左右完全恢复健康。

目前由于抗菌药物及预防注射的广泛应用,临床表现不典型,且轻型病例较多,应注意与其他病鉴别。副伤寒甲、乙、丙的临床表现,大致和伤寒相似,一般病情轻,皮疹多,病程短,并发症少。部分副伤寒丙的临床表现复杂,以急性胃肠炎或败血症为主要表现。

(三)并发症:

(1)肠出血:较常见,多发生在病程第2～3周,大便潜血阳性或表现为血便。

(2)肠穿孔:是最严重的并发症,多见于病程第2～3周。表现为突然腹痛,以右下腹为主,伴冷汗、脉快、体温与血压下降,继之出现急腹症体征。X线腹部照片可见游离气体。

(3)其他:中毒性肝炎(占12%～60%),中毒性心肌炎(占3.5%～5%),支气管炎(占5%),支气管肺炎(占1.8%),偶尔可发生急性胆囊炎、溶血性黄疸等。

(四)实验室检查:

1.血象:白细胞总数减少,嗜酸性粒细胞减少或消失。

2.伤寒杆菌培养:

(1)血培养,第1～2周阳性率最高(80%～90%)。

(2)骨髓培养,阳性率较血培养为高。

(3)粪便培养,第3～4周阳性率可达80%,但整个病程中均可出现阳性。

(4)尿培养,早期阴性,第3～4周阳性率约25%。

3. 肥达反应(伤寒血清凝集反应):对伤寒、副伤寒有辅助诊断价值,病程第7～10d开始阳性,2～4周阳性率最高,"O"凝集效价在1:80或以上,"H"在1:160或以上有诊断价值。若效价逐渐升高,其诊断意义更大。

【治疗】

(一)一般治疗:

1. 隔离与休息:严格卧床休息,对肠道排泄物应进行彻底消毒。

2. 护理与饮食:观察体温、脉搏和血压变化,注意口腔清洁。高热量、高营养、易消化饮食。发热期间,宜用流质或细软无渣饮食,少量多餐。

(二)病原治疗:

1. 氯霉素:非耐氯霉素菌株引起的伤寒仍以氯霉素为首选药物,成人剂量为1.5～2g/d,分3～4次口服,退热后减半,再用10～14d,总疗程为2～3周。亦可用间歇疗法:初剂量同上,体温恢复正常后,停药5～7d,再用全量或半量5～7d。注意查白细胞、血小板,每2～3d查1次。

2. 氟哌酸:适用于多种耐药菌株引起的伤寒。口服后平均退热时间为5d。成人口服剂量为0.4g/次,4次/d,待体温正常后继续服2周停药。

3. 氟哌酸也可与丁胺卡那霉素(成人剂量为0.4～0.6g/d)静滴2～3周,或庆大霉素24万u/d,2～3周。

4. 氨苄青霉素:成人剂量为6～8g/d,静注或静滴,用药前应先做皮试。

5. 呋喃唑酮:成人剂量为400mg/d,儿童每日剂量为10mg/kg体重,分4次口服,体温正常后减半量继续用药4～5d。总疗程为10～14d。

(三)并发症治疗:

1. 肠出血:卧床休息,禁食或进少量流质,使用止血剂或口服凝血酶,根据出血情况,适量输入新鲜全血。

2. 肠穿孔:应及早确诊,及时手术。

3. 中毒性肝炎、支气管肺炎、心肌炎等均应做相应处理。

(四)中医治疗：

1．湿热郁结：

(1)偏湿：恶寒、发热，午后热度稍高，头痛，四肢沉重，胸闷腹胀，食欲不振，口不渴，苔白厚腻，脉缓。治法：清热化湿。方药：三仁汤。

(2)偏热：发热，头痛，口干苦，尿少便秘，苔黄，脉数。治法：清热渗湿。方药：甘露消毒丹合连朴饮加减。

2．热入营血：高热不退，口渴烦躁，甚则神昏谵语，舌绛，脉弦或数。治法：清热解毒。方药：清营汤合安宫牛黄丸。

3．气阴两伤：面色苍白，形体消瘦，神疲懒言，或低热不退，舌红、苔少，脉细弱。治法：益气生津，清虚热。方药：竹叶石膏汤合生脉散。

(五)针灸治疗：

1．体针：取曲池、足三里、期门、阴陵泉、阳陵泉。湿热蕴结加风池、中脘、合谷；湿热化火加悬钟、内庭、行间；高热加大椎、十二井穴；腹胀加天枢、气海。

2．耳针：取交感、神门、额、枕、太阳。

3．穴位注射：取期门、天枢、足三里；大椎、三焦俞、阳陵泉。用氯霉素0.25g，注入穴中。2组穴交替使用，1次/d，10次1疗程。

(六)单验方：

1．黄芩、生地榆各15g，红藤、马齿苋、败酱草各30g，煎服，1剂/d。

2．小凤尾草、鱼腥草各60g，茵陈、藿香各15g，煎服，1剂/d。

3．白花蛇舌草、鸭跖草、马鞭草、马齿苋等，可选1～2种，取30～60g煎服或加入辨证方中。

【预防】

对患者应早隔离治疗。体温正常后15d内连续2次粪便培养阴性可解除隔离。搞好粪便、水源和饮食卫生管理以及消灭苍蝇。易感人群应定期进行预防接种。通常用伤寒，副伤寒甲、乙三联菌苗。成人每周1次，连续3次，分别以0.5ml、1.0ml、1.0ml菌苗做皮下注射，儿童酌减，必须在夏季之前完成。以后每年须加强接种1次(1ml)。

细菌性痢疾

细菌性痢疾(简称菌痢)是志贺菌引起的肠道传染病。常年散发，夏

秋多见。传染源为患者和带菌者。病原菌通过生活接触、食物、水和苍蝇等传播。病后免疫力短暂和不稳定，各菌群之间多无交叉免疫，故易再感染。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：根据流行季节（夏秋），密切接触史，饮食不卫生等。

（二）临床表现：潜伏期一般为1～2d，也有为数小时至7d者。

1．急性期：

（1）普通型（典型）：起病急，有畏寒、发热、腹痛和腹泻。大便初为稀便，1～2d内即为典型的脓血便，每次量少，每日10次以上，伴里急后重，全腹压痛，以左下腹为著，肠鸣音亢进。严重者大便失禁，可有酸中毒、电解质紊乱、循环衰竭等。

（2）轻型：主要表现为腹泻，每日数次，稀便，可有粘液，常无脓血。镜检可见少数红、白细胞。常不治自愈。

（3）中毒型：多见于2～7岁儿童，成人少见。起病急骤，突然高热，反复惊厥，嗜睡或昏迷，迅速发生循环衰竭或/和呼吸衰竭。肠道症状常很轻或缺如，常需经灌肠或肛拭子取粪便可见粘液，镜检可见大量红、白细胞。根据主要临床表现可分3型：①休克型（周围循环衰竭型）：主要为感染性休克表现：精神萎靡，面色苍白，四肢冷，脉细数，呼吸急促，血压正常或偏低，脉压少于4.0kPa，眼底动脉痉挛；②脑型（呼吸衰竭型）：主要为脑缺氧、脑水肿甚至脑疝的表现：剧烈头痛、反复呕吐、血压偏高、呼吸节律不齐、深浅不匀、瞳孔忽大忽小或两侧大小不等等；③混合型：以上2型同时出现。

2．慢性期：病程超过2个月者为慢性。

（三）实验室检查：

1．血象：白细胞总数及中性粒细胞中度增加。

2．大便镜检：有大量白细胞、红细胞及巨噬细胞。

3．大便培养阳性。

【鉴别诊断】

1．急性菌痢应与阿米巴痢疾鉴别，中毒型需与流行性乙型脑炎鉴别，参阅有关章节。

2. 慢性菌痢应与直肠癌、结肠癌、溃疡性结肠炎鉴别，可借助肛门指诊、乙状结肠镜检、钡剂灌肠X线检查区别之。

[治疗]

(一)急性普通型：

1. 一般治疗：卧床休息，肠道隔离。流质、半流质饮食，呕吐不能进食者，高热、脱水、酸中毒时应补充糖盐水和5%碳酸氢钠。

2. 病原治疗：耐药菌株目前有增多趋势，应根据当地药敏情况，适当选用抗菌药物，目前常用以下药物：

(1)吡哌酸：0.5～1.0g，2～3次/d，口服。

(2)氟哌酸：0.2～0.4g，4次/d，小儿每日为30～40mg/kg体重，口服。

(3)庆大霉素：成人16万～24万u/d，小儿每日为3 000～5 000u/kg体重，分2～3次肌注，也可静滴。

(4)丁胺卡那霉素：成人0.4～1.0g/d，分2～4次肌注。

(5)复方新诺明(磺胺甲基异恶唑、甲氧苄氨嘧啶复合片剂)：成人2片，2次/d。

(二)中毒型：

1. 病原治疗：选用强有力抗菌药物静脉滴注。常用庆大霉素、丁胺卡那霉素或加氨苄青霉素。

2. 高热、惊厥治疗：物理降温和药物降温，常用药物有阿斯匹林，或用25%安乃近滴鼻等。无效者可用可亚冬眠疗法：氯丙嗪及异丙嗪每次各1～2mg/kg体重，肌注，2～4h注射1次，以后逐渐延长注射时间，冬眠时间不超过12～24h。

3. 循环衰竭的治疗：基本上同感染性休克。

(1)解除微血管痉挛：小儿每次剂量为山莨菪碱0.2～2mg/kg体重，(成人为10～20mg/次)静注，每5～15min 1次至面色转红、四肢转暖、血压回升后，减量并逐渐延长给药间歇时间，维持24h。

(2)补充血容量：常用葡萄糖生理盐水或2∶1等渗含钠液(生理盐水2份，1/6克分子乳酸钠1份)，首剂按15～20ml/kg体重计(儿童不超过300ml，成人不超过500ml)快速滴注。亦可同时滴注5%的低分子右旋糖酐(儿童10～15ml/kg体重，成人500ml)。情况好转后可继续滴注葡萄

糖生理盐水。全日补液量为 50～80ml/kg 体重。

(3)纠正酸中毒:可用 5% 碳酸氢钠(5ml/kg 体重),约可提高二氧化碳结合力 4.4mmol/L。

(4)维持血压及强心:血压不稳定可用多巴胺 10～20mg 加入 100ml 液体内静滴。有心力衰竭时用西地兰等。

(5)肾上腺皮质激素可短期应用。

4. 呼吸衰竭的治疗:如为脑水肿引起可用 20% 甘露醇 1.5～2.0 g/kg体重,静注,每 6～8h 1 次;氢化可的松每次 2mg/kg 体重,地塞米松每次 0.4mg/kg 体重,1～2 次/d。另外要保持呼吸道通畅,吸氧,给呼吸兴奋剂,必要时气管切开或用人工呼吸器。

(三)慢性菌痢:疗程应延长,对常规药物治疗效果差,应试用保留灌肠,200ml 灌肠液中加抗菌药物(痢特灵、新霉素、吡哌酸、氟哌酸或黄连素等)和 0.25% 普鲁卡因及强的松 20mg,每晚 1 次,10～14d 为 1 疗程。

(四)中医治疗:

1. 湿热痢:发热恶寒,胸脘痞闷,腹痛,里急后重,大便带粘液、脓血,每日十余次,肛门灼热,小便短赤,苔黄腻,脉滑数。治法:清热利湿,调气和血。方药:芍药汤去肉桂,加金银花、茯苓。

2. 疫毒痢:发病急骤,高热口渴,面赤,甚则昏迷、惊厥,腹痛剧烈,里急后重,泻利脓血,日夜无度,舌红、苔黄厚,脉滑数。治法:清热凉血解毒。方药:黄连解毒汤加减。高热神昏加服紫雪丹或至宝丹;面青肢厥欲脱加独参汤或参附汤频服。

3. 虚寒痢:久痢不愈,面色无华,食少神疲,形寒怯冷,下痢稀薄,带有白冻,苔薄白、脉细弱。治法:温中化湿。方药:桂附理中汤加苍术、薏仁、茯苓。

4. 休息痢:痢下日久,时作时止,常因受凉或饮食不节而发作,肠鸣腹痛,便稀带有粘液或少量脓血,舌淡、苔白,脉弱。治法:健脾益气,和胃生津。方药:香砂六君子汤加豆蔻、乌梅。

(五)针灸治疗:

1. 体针:取天枢、上巨墟、足三里、合谷,配气海、关元、中脘、大肠俞、脾俞。发热加曲池、大椎;里急后重加阴陵泉。

2. 拔罐:取大肠俞、胃俞、三焦俞、中脘、天枢、关元、足三里。用留罐

法。

3. 耳针：取大肠、小肠、直肠下段、神门。

4. 指针：取中脘、天枢、关元、肾俞、大肠俞、合谷、足三里。用揉扪泻法。

5. 贴敷：吴茱萸6g、胡椒10粒，研末，醋调成膏，贴神阙及涌泉(双)穴，1次/d。适用于寒湿型。

6. 穴位注射：取天枢(双)，用维生素$B_1$50mg或氯霉素注射液2ml(250mg或100mg)，加1%普鲁卡因0.5ml，每穴注入1ml，1次/d。

7. 刮痧：用瓷制食匙蘸50%酒精，用均匀手法从风府至大椎、两侧风池至大杼、大椎至长强，自上而下刮至皮肤出现青紫、面色转红、神清为止。适用于高热无汗、昏迷、抽搐、肢厥疫毒内闭症。

(六)单验方：

1. 黄连6g、乌梅9g，共研末。每次3g，日服3次。

2. 鲜马齿苋90～120g，捣汁，日服2次。

3. 用乌梅500g，煎汤放桶内，坐熏肛门，用于噤口痢。

(七)灌肠法：白头翁15g、黄柏9g、凤尾草30g，水煎，灌肠。

(八)饮食疗法：马齿苋、鲜藕各500g，共捣烂取汁，加入白糖适量，每次200ml，日服2～3次。

【预防】

应采取以切断传播途径为主的综合措施。患者应隔离至症状消失后1周或2次粪便培养阴性。搞好饮食卫生、个人卫生及环境卫生。要管粪、管水、灭蝇、灭蛹。痢疾活菌苗可产生肠道局部免疫，故可有较好的预防效果。

流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎简称流脑，是由脑膜炎奈瑟菌引起的化脓性脑膜炎。传染源为带菌者和患者，通过空气飞沫传播。病后可获得巩固免疫。

【诊断要点】

(一)流行病学资料：多发生于冬春季(1～5月)，主要见于儿童。

(二)临床表现：潜伏期为1～7d，一般为2～3d。临床分型如下：

1. 普通型：可分3期：①上呼吸道感染期：多数人无症状，部分患者

有咽喉疼痛、鼻咽部粘膜充血及分泌物增多。一般为1～2d；②败血症期：突发寒战、高热、头痛、呕吐、肌肉酸痛、食欲不振和神志淡漠等毒血症表现。70%左右患者皮肤有瘀点或瘀斑，病情严重者瘀点及瘀斑可迅速扩大，形成坏死或大疱；③脑膜炎期：大多数起病后24h左右出现脑膜炎症状。表现剧烈头痛、呕吐、狂躁及惊厥或昏迷、脑膜刺激征表现(颈项强直、角弓反张、克氏征及布氏征阳性)。

2. 暴发型：病情凶险，如不及时抢救，可于24h内死亡。分3型：①休克型：突发寒战、高热、头痛、呕吐，精神极度萎靡，意识障碍。皮肤有瘀点和瘀斑且迅速融合、扩大、坏死。主要特征为休克表现，如面色苍白、唇及指端紫绀、四肢厥冷、皮肤发花、脉搏细速、血压下降或测不出。脑膜刺激征多缺如。脑脊液也可正常。实验室多有DIC证据；②脑膜脑炎型：剧烈头痛、昏迷、惊厥、锥体束征阳性，血压升高。眼底检查可有乳头水肿。可出现脑疝；③混合型：以上2型同时或先后出现。

3. 慢性败血症型：主要见于成人。病程迁延数月。表现为发热、皮疹、关节疼痛。易误诊，主要依据发热时的血培养阳性。

(三)实验室检查：

1. 血象：白细胞总数明显增高，以中性粒细胞为主。

2. 脑脊液：外观浑浊或脓样，细胞数在1×10^9/L以上，以中性粒细胞为主，蛋白明显增高，糖显著减少，有时可测不出。氯化物减低。

3. 细菌培养：血培养或脑脊液培养可阳性。

4. 涂片检查：瘀点和脑脊液沉淀涂片染色镜检可见革兰阴性双球菌。

5. 免疫血清学检查：对流免疫电泳试验或血凝抑制试验阳性有助于早期诊断。

【鉴别诊断】

1. 其他化脓性脑膜炎，如肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌等引起的化脓性脑膜炎：非呈流行性，无明显季节性，瘀点瘀斑少见，DIC罕见。确切鉴别诊断需依靠脑脊液和血液的细菌学检查。

2. 流行性乙型脑炎、结核性脑膜炎、中毒型细菌性痢疾的鉴别应参考有关章节。

【治疗】

(一)普通型的治疗：

1. 一般治疗：应安静，空气流通，饮食以流质为宜，并给予适量的液体输入。密切观察病情变化。昏迷患者应加强护理，防止窒息、褥疮等。

2. 病原治疗：

(1)首选磺胺嘧啶(SD)，成人 6～8g/d，儿童每天 0.1～0.2g/kg 体重，分 4～6 次，与等量碳酸氢钠同服(首次量加倍)，疗程 5～7d。不能口服时，可用 20% 磺胺嘧啶钠肌注或用 10%～25% 葡萄糖液稀释成 5% 的浓度后静注。剂量同上，可不加碱性药物。凡用药 24h 病情无好转、对磺胺药过敏、肝肾疾病、休克无尿者，均改用青霉素或其他抗菌药物。

(2)每日用青霉素 G 20 万～40 万 u/kg 体重(氨苄青霉素 150～200mg/kg 体重)，分次静注或肌注，疗程 5～7d。

(3)氯霉素，成人 2～3g/d，儿童每日 50～80mg/kg 体重，分 4 次口服，肌注或静滴。疗程 5～7d，在用药期间每 3d 查 1 次血白细胞。

3. 对症治疗：高热时可用酒精拭浴或用小剂量安乃近滴鼻。头痛可用阿斯匹林，若剧烈头痛、呕吐或抽风者，均可应用脱水剂：20% 甘露醇每次 1～2g/kg 体重，1～2 次/d 静注。惊厥时可用安定注射或用 10% 水合氯醛保留灌肠，成人 20ml/次，儿童每次 60～80mg/kg 体重。镇静剂用量不宜过大，以免影响病情观察。

(二)暴发休克型的治疗：

1. 抗菌治疗：以青霉素为主，剂量用法同前。

2. 抗休克治疗：详见感染性休克节。

3. 血管活性药物：①山莨菪碱：每次 0.2～0.5mg/kg 体重(儿童可用较大剂量 1～2mg/kg 体重)，静注，每 10～30min 1 次，至面色转红、病情好转逐渐减量或延长给药间隔，直至停药。如用 5～10 次无效，休克未纠正，中心静脉压(CVP)反而升高者，可选用苄胺唑啉 0.1～0.5mg/kg 体重加葡萄糖液 100ml 静滴，或用 1～5mg 稀释后静脉缓注。

4. 肾上腺皮质激素：氢化可的松每日 5～10mg/kg 体重或地塞米松每日 0.2～0.5mg/kg 体重，静滴，一般用药 1～2d。

5. 强心药物：在扩容后给予西地兰每次 0.015～0.02mg/kg 体重或毒毛旋花子甙 K 每次 0.007～0.01mg/kg 体重，必要时酌情重复使用。

6. 休克常继发 DIC，早期应用肝素每次 0.5～1mg/kg 体重加 10% 葡萄糖 40ml 静注；或加葡萄糖液 100ml 内静滴，4～6h 1 次，多数 1～2 次即可见效，出血减少。

（三）暴发脑膜脑炎型治疗：

1. 抗菌治疗同休克型。

2. 脱水剂应用：20% 甘露醇每次 1～2g/kg 体重，每 4～6h 或 8h 1 次，静注或快速静滴。亦可同时应用肾上腺皮质激素。

3. 呼吸衰竭应给予吸氧、吸痰、呼吸中枢兴奋剂、气管切开、人工呼吸机辅助呼吸。

（四）慢性败血症的治疗：以抗菌治疗为主。

（五）中医治疗：

1. 卫分证：发热，微恶风寒，头痛倦怠，流涕咳嗽，口渴咽干，呕吐，舌红、苔薄白，脉浮数。治法：辛凉疏表，清泄肺胃。方药：银翘散减荆芥、豆豉，加板蓝根、黄芩、菊花、僵蚕、竹茹、花粉、山豆根。

2. 气分证：壮热口渴，烦躁不安，头痛，呕吐，自汗，舌红、苔黄燥，脉洪数。治法：清热解毒。方药：银翘白虎汤加地龙、大黄、佩兰、苍术、黄芩。

3. 营血分证：壮热，剧烈头痛，频繁呕吐，口干咽痛，谵妄，嗜睡，抽搐，颈项强直，皮肤瘀点，舌绛、少津、苔黄或少，脉细数，指纹紫滞。治法：凉血养阴，熄风开窍。方药：清营汤加胆草、僵蚕、丹皮、紫草、竹沥、郁金、菖蒲、钩藤、地龙、全蝎、蜈蚣，研末冲服。可兑服紫雪丹或至宝丹。

（六）针灸治疗：

1. 体针：

（1）卫气同病：取曲池、合谷、列缺、大椎。头痛加风池、太阳；呕恶加内关；项强加风府。

（2）气营两燔：大椎、曲池、曲泽、委中、十二井穴。神昏配水沟、涌泉；抽搐配风府、太冲；烦躁配劳宫、少府；痰鸣配丰隆。用泻法。

（3）脱证：取百会、气海、关元、内关、足三里，以灸为主。呼吸微弱加刺素髎、会阴。

2. 耳针：神门、皮质下、脑干、耳尖（点刺出血）。

3. 皮肤针：取颈、背部督脉和膀胱经，重度叩刺，以微出血为度。

4. 穴位注射：

(1)取大椎、合谷、曲池，用地龙注射液，每穴注入 0.5～1ml。适用于高热惊厥。

(2)取丰隆、中脘、膻中，用地龙注射液，每穴注入 0.5ml。适用于痰涎壅盛。

(七)单验方：

1. 金银花、连翘、蝉衣、钩藤、葛根、菊花、薄荷、蔓荆子、苦丁茶、大青叶、甘草，水煎服，2 次/d。适用于卫气同病。

2. 水牛角、生地、丹皮、黄连、金银花、钩藤、全蝎、菊花、龙胆草、生石决明、玄参、大青叶。水煎服，2 次/d。适用于气血两燔型。

【预防】

(一)隔离患者至症状消失后 3d。

(二)药物预防：口服磺胺嘧啶：婴儿 0.25g，儿童 0.5g，2 次/d，连服 3d，也可服用复方新诺明。

(三)特异性免疫：

(1)流行性脑脊髓膜炎吸附菌苗：1～6 岁 0.3ml，7～14 岁 0.5ml，皮下注射，4～6 周后再注射 1 次，以后每年加强 1 次。

(2)A 群荚膜多糖菌苗 50μg，皮下接种 1 次。

细菌性食物中毒

本病是由于进食被细菌或细菌毒素所污染的食物而引起的急性感染中毒性疾病。由多种细菌引起，常见有沙门菌属、副溶血性弧菌、大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌、厌氧梭状芽胞杆菌等。临床上可分为胃肠型与神经型 2 大类。

【诊断要点】

(一)胃肠型食物中毒：

1. 流行病学资料：有进食可疑被污染食物史，如变质食物、海产品、腌制品、未煮熟的肉类等，同食者在短期内集体发病。

2. 临床表现：潜伏期短，常于食后数小时内发病。主要为腹痛、恶心、呕吐、腹泻等急性胃肠炎症状。病程较短，恢复较快，多在 1～3d 内恢复。

3. 实验室检查：①病原菌分离：将可疑食物、患者呕吐物、粪便做细菌培养，可分离出同一病原菌；②血清凝集试验：取患者急性期和恢复期血清与相应的细菌做凝集试验，如效价呈4倍增高，则有诊断意义。

（二）神经型食物中毒（肉毒中毒）：

1. 流行病学资料：进食可疑被污染的食物，尤其是变质的罐头或瓶装食品、腊肠，以及发酵的豆、面制品等，同食者可集体发病。

2. 临床表现：潜伏期大多为12～36h。起病突然，有典型神经系统表现，如眼肌瘫痪，吞咽、发音及呼吸困难等。

3. 对可疑食物做厌氧细菌培养，可发现肉毒杆菌。

【治疗】

（一）胃肠型食物中毒：

1. 一般治疗：卧床休息，沙门菌属引起应做床边隔离。给予易消化、流质或半流质饮食。

2. 对症治疗：呕吐、腹痛严重时应肌注阿托品0.5mg或山莨菪碱10mg，吐、泻频繁者静滴糖盐水，有脱水、酸中毒、休克时应补液、纠正酸中毒和抗休克。

3. 病原治疗：一般不用抗生素。对高热、重症患者，针对不同病原菌选用有效的抗生素。如沙门菌属食物中毒可用氨苄青霉素、氟哌酸、丁胺卡那霉素；如耐药可选用第3代头孢菌素或丙氟哌酸；大肠杆菌食物中毒可用丁胺卡那霉素或庆大霉素。

（二）肉毒杆菌食物中毒：

1. 进食可疑食物4h内，应尽快用5%碳酸氢钠或1∶4 000高锰酸钾溶液洗胃。

2. 抗毒素治疗：早期应用多价抗毒血清（包括A、B及E型）对此病治疗有效。在起病后24h内或肌肉瘫痪前应用效果最佳。应1次足量注射5万～10万u，由静脉及肌肉各注射半量，必要时6h后重复给予同量1次，用药前先做皮肤过敏试验。

（三）中医治疗：

1. 暑湿证：症同前述。发热口干，舌苔黄腻，脉濡数。治法：清暑化湿。方药：三仁汤。

2. 寒湿证：症同前述。舌苔白腻，脉沉缓。治法：温化寒湿。方药：

藿香正气散。

3. 虚寒证：症同前述。肢冷自汗，口不渴，舌苔白，脉沉迟。治法：温中降逆。方药：桂附理中汤加吴茱萸、半夏。

(四)针灸治疗：

1. 体针：取中脘、内关、足三里、公孙。寒吐加上脘、胃俞；热吐加合谷、金津、玉液；腹痛加气海；阳衰欲脱加水分、神阙(隔盐灸)。实证用泻法，虚证用补法。

2. 耳针：取大肠、小肠、交感、神门、皮质下。

3. 刮痧：用边缘光滑的瓷匙或铜钱蘸麻油，在脊柱两侧、肋间、胸骨、肘和膝窝等处，自上而下或自背后向胸前刮疗，先轻后重，以出现红紫色出血点为度。

(五)单验方：

1. 地锦草、辣蓼各 30g，车前草 15g，水煎服，1 剂/d。

2. 鲜藿香 120g，捣烂，开水冲服；或干藿香 15g，水煎服。

3. 鲜生姜 1 块捣烂，开水冲服。

霍　乱

霍乱是由霍乱弧菌所致的烈性肠道传染病。属国际检疫传染病。传染源为患者和带菌者，通过水、食物、日常生活接触和苍蝇等不同途径进行传播或蔓延。病后可获得一定免疫力。

【诊断要点】

(一)流行病学资料：来自流行区，有与本病患者及其污染物密切接触史等。

(二)临床表现：

1. 泻吐：为剧烈腹泻、呕吐，无腹痛及里急后重，每日大便数次至十数次，初为黄水样、水样便，以后为“米泔水”样便，无粪臭，呕吐物初为食物残渣，继为水样，与大便性质相仿，多无发热。

2. 脱水：由于剧烈腹泻、呕吐，丢失大量液体及电解质，可出现轻、中、重度脱水。轻度脱水仅有皮肤、唇舌干燥，眼窝稍陷，神志清楚；重度脱水则表现神志淡漠或不清，皮肤干、失去弹性，声音嘶哑。脉搏细速或扪不到，血压下降甚至测不到，可因休克而死亡。

3. 循环衰竭：主要为失水性休克的表现。

4. 电解质紊乱：低钾、低钠、代谢性酸中毒等。①肌肉痉挛：低钠引起肌肉痛性痉挛，以腓肠肌和腹直肌为明显；②低钾综合征：肌张力减退，反射消失，鼓肠，心动过速，心搏无力等心电图变化（Q－T 延长，T 波呈平坦或倒置，T 波后出现 U 波）。

5. 亦可早期出现少尿、尿闭等急性肾功能不全症状。

（三）实验室检查：

1. 病原学检查：取吐泻物检查。①直接悬滴：盖玻片上置生理盐水 1 滴，再加入被检物少许，混匀后复置凹孔玻片上，用高倍镜观察，可见到运动力强、呈穿梭状快速运动的细菌，涂片染色能找到排列呈鱼群状的革兰阴性弧菌；②粪便培养：将粪便接种于碱性蛋白胨水增菌培养后，于碱性琼脂培养基上做分离培养。

2. 血清学检查：临床常用凝集试验和杀弧菌试验，前者病程 2 周效价达 1∶100；后者效价达 1∶32 以上或双份血清抗体效价 4 倍以上增长，即有追溯性诊断意义。

【治疗】

应严格隔离至症状消失 6d 后，大便培养致病菌，1 次/d，连续 2 次阴性，可解除隔离。

（一）补液疗法：

1. 静脉补液：输液的剂量和速度，应视病情轻重、脱水程度、血压、脉搏、尿量等而定。成人开始以生理盐水快速静滴或静推，待血压回升时可改用含糖 5∶4∶1 溶液（每升含氯化钠 5g、碳酸氢钠 4g、氯化钾 1g，另加 50% 葡萄糖 20ml）或 3∶2∶1 溶液（5% 葡萄糖 3 份、生理盐水 2 份、1.4% 碳酸氢钠或 1/6M 乳酸钠 1 份）。酸中毒严重时碱性药物可增加，钾盐需相应补充。

2. 口服补液：适用于轻、中度患者，口服液中配方为每 1 000ml 口服液中含葡萄糖 20g，氯化钠 3.5g，碳酸氢钠 2g，氯化钾 1.5g。成人每小时给 750ml，小儿（20kg 以下）给 250ml 口服或鼻饲。

（二）抗菌药物治疗：抗菌药物常用的有强力霉素（成人 200mg，2 次/d；小儿每日 6mg/kg 体重），复方新诺明（成人 2 片，2 次/d）、吡哌酸（成人 0.5g，3 次/d，小儿每日 30mg/kg 体重）、氟哌酸（成人 200mg，3

次/d)等,可选一种连服3d。

(三)中医治疗:

1. 寒霍乱:症同前述。手足冷,舌淡、苔白,脉沉细。治法:温补脾肾,回阳救逆。方剂:附子理中汤。

2. 热霍乱:症同前述。发热,烦躁,舌苔黄腻,脉濡数。治法:清热化湿,辟秽泄浊。方药:燃照汤。

3. 干霍乱:症同前述。欲吐泻而不能,四肢厥冷,头汗出,脉沉伏。治法:辟浊解秽,利气宣壅。方药:玉枢丹。

(四)针灸治疗:

1. 体针:取中枢、天枢、神阙、关元、足三里,少针多灸。适用于寒证。取中脘、天枢、足三里、十宣、曲泽、委中为主穴,发热加大椎、外关、合谷、关冲;头痛加太阳、合谷;神昏加内关、劳宫、水沟、用泻法。曲泽、委中、十宣、关冲点刺出血。适用于热证。

2. 耳针:取胃、大肠、小肠、神门、交感。

3. 指针:取内关、中脘、承山、足三里、阳陵泉。

4. 刮痧:用瓷片蘸香油刮脊柱、肋间、胸骨、肘膝、脘腹部,刮至皮肤出现紫红色为度。适用于热证。

(五)推拿疗法:寒霍乱推摩中脘,合掌摸腹,横擦腰脊,按揉神阙、气海,点按足三里、公孙。湿霍乱推胸膈,捏揉脾俞、胃俞,提抖腹壁,点按足三里、解溪。

(六)单验方:用通关散搐鼻取嚏。

【预防】

设置肠道门诊,及时发现患者,尽早予以隔离治疗。改善环境卫生,加强饮水消毒和食品管理。接种霍乱菌苗提高人群的免疫力,保护率为50%～80%,保护期为3～6个月。

弯曲菌肠炎

弯曲菌肠炎是空肠－结肠弯曲菌所引起的常见肠道传染病。5岁以下儿童发病率最高,以夏季为多,也可暴发流行。带菌的牛、猪、鸡、狗和猫等家畜和家禽为传染源。通过污染水、食物经粪－口途径传播。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:进食加工不适当的家禽肉,喝过生水或未消毒的牛奶,接触过家禽或家畜等。

(二)临床表现:潜伏期为3～5d,典型患者先有发热(40℃),且有乏力、头痛、肌肉酸痛。小儿症状较成人为重,婴儿可有抽搐,腹痛位于上腹部或脐周,以排便前为著,间歇性或绞痛样发作,便后可暂时缓解,伴恶心、呕吐,少数患者腹痛剧烈易误诊为急腹症。发热12～24h后出现腹泻、水样大便,量较多,每日4～5次不等,多者可达20次以上。部分患者亦可出现痢疾样大便。少数患者感染扩散至肠道外,可出现败血症。病程常在1周内自行缓解,但少数患者腹痛可持续数周,腹泻反复发作。

(三)实验室检查:

1.血象:白细胞总数轻度增加,中性粒细胞可偏高。大便镜检可见红、白细胞,也可有多量脓细胞。

2.病原学检查:取粪便或肛拭标本接种于转移培养基,然后经选择培养基在微氧条件下培养,可获得致病菌阳性。也可经革兰染色后直接镜检发现病原菌。

3.血清学检查:用凝集试验、间接免疫荧光等方法检测抗体有助于诊断。

【治疗】

本病多数病情轻,呈自限性。轻型患者补液和支持疗法即可治愈。中、重度患者需用抗菌药物,常首选红霉素0.5～1.2g/d,小儿每日40～50mg/kg体重,分3～4次口服,若不能除外沙门菌感染和志贺菌时,应加用氨基甙类、氨苄青霉素、喹诺酮类等。

布氏菌病

布氏菌病又名布鲁菌病或波浪热,是布氏杆菌引起的人畜共患的传染病。传染源为病畜。以羊为主,牛、猪次之。病菌主要通过皮肤、消化道粘膜进入人体。人群普遍易感。病后有较强免疫力。

【诊断要点】

(一)急性期:

1.流行病学资料:非常重要,要特别注意地区、职业,以及与羊、猪、

牛的接触史或者有饮用未消毒的羊、牛奶史。

2. 临床表现：①发热、多汗，典型热型为波浪热。最常见的是长期不规则的低热和弛张热。全身中毒症状不明显；②关节炎：主要为大关节，常呈游走性；③淋巴结与肝脾肿大；④神经痛：常侵犯肋间神经、坐骨神经、腰骶神经根等；⑤生殖系统症状：男性患者可发生睾丸炎、附睾炎，女性患者可发生卵巢炎、输卵管炎等。

（二）慢性期：症状无特异性，常类似神经官能症，表现为疲乏、多汗、头痛、低热、烦躁、失眠、肌肉关节酸痛等。

（三）实验室检查：

1. 白细胞总数正常或偏低，淋巴细胞相对增多。

2. 病原菌培养：急性期血培养阳性率可达80%，慢性期较低，骨髓培养阳性率较高。

3. 血清学检查：①凝集试验：效价1∶100以上有诊断意义；②酶联免疫吸附试验及固相放射免疫试验均灵敏、特异、快速，值得应用。

注意急性期应与风湿热、伤寒、结核等相鉴别；慢性期应与其他原因所致的骨关节病和神经官能症鉴别。

【治疗】

（一）急性期：

1. 一般治疗：卧床休息，多饮水，必要时可用镇静剂和解热镇痛剂。

2. 病原治疗：首选四环素（2g/d，4次分服）和链霉素（1g/d，分1～2次肌注）联合疗法，每疗程为3周。多用2～3疗程；疗程间歇5～7d。氯霉素可代替四环素，但应注意骨髓毒性副作用。复方新诺明2片，2次/d，疗程6～8周。

（二）慢性期：

1. 病原治疗：急性发作或病情活动时，治疗同急性期。

2. 特异性脱敏疗法：一般用菌苗疗法，首次25万菌体/d，以后视反应情况逐日加量，最后可加至1.5亿菌体/d，10～15d为1疗程。

（三）中医治疗：

1. 清瘟解毒丸，每次2丸，日服2～3次。

2. 牛黄消炎丸，每次10粒，日服3次。

3. 甘露消毒丸，每次6～9g，日服1～2次。

4. 消炎退热片，每次4片，日服3次。

5. 穿心莲片，每次5片，口服3～4次。

(四)针灸治疗：

1. 体针：取大椎、合谷、足三里。卫分证加外关；气分证加曲池、膻中、中脘、内庭；筋脉拘急加阳陵泉；睾丸肿痛加三阴交、人敦。用泻法。

2. 耳针：取神门、皮质下、肾、交感。

炭　　疽

炭疽是炭疽杆菌引起的动物源性传染病。传染源为动物牛、马、羊、骆驼和猪。直接或间接接触病畜和染菌的皮、毛、肉等进行传播。多发生于夏季，各年龄均易感，有职业性，病后免疫力较持久。

【诊断要点】

(一)流行病学资料：有与病畜的密切接触史或其皮毛的密切接触史。

(二)皮肤炭疽：最多见，多发生于暴露的皮肤，如面、颈、肩、手等处，开始为斑疹或出血疹，第2d呈疱疹，5～7d坏死区溃破呈溃疡，其血性渗出物结成黑痂，痂下为肉芽组织，周围肿胀，局部疼痛不显著，有轻痒感，常有中度发热、头痛、全身不适等。

(三)肺炭疽：起病急，出现寒战、高热、咳嗽、血痰、胸痛、发绀、大汗。X线检查呈现支气管肺炎、胸腔积液与纵隔影增宽。易并发败血症。

(四)肠炭疽：起病急，剧烈腹痛、腹泻与呕吐，大便呈水样便，严重者高热、血水样便与腹胀，可有腹膜炎表现。易并发败血症。

(五)实验室检查：

1. 血象：白细胞增高，$10\times10^9\sim20\times10^9$/L，中性粒细胞显著增高，血小板可减少。

2. 细菌涂片与培养：取分泌物、痰液、大便、血液和脑脊液做直接涂片染色镜检，可见粗大革兰阳性杆菌；或做培养可有炭疽杆菌生长。

3. 动物接种：可接种于家兔、豚鼠与小白鼠皮下，24h后出现局部典型肿胀、出血等阳性反应。

4. 血清免疫学检查：有间接血凝试验、补体结合试验与酶联免疫吸附试验等有助于诊断。

【鉴别诊断】

皮肤炭疽应鉴别痈、蜂窝组织炎、丹毒、恙虫病、野兔热等。肺炭疽应鉴别大叶性肺炎、肺鼠疫、钩端螺旋体病等；肠炭疽应鉴别沙门菌肠炎、出血坏死性肠炎与其他急性腹膜炎等。

【治疗】

(一)一般治疗及对症治疗：隔离单独病室。卧床休息。①皮肤炭疽，局部可用1:2 000高锰酸钾液湿敷和消毒纱布覆盖，或涂以1%龙胆紫液，切忌挤压，不宜切开引流，以免感染扩散；②肺炭疽，吸氧，输液；③肠炭疽，输液，以维持水、电解质平衡。

(二)病原治疗：青霉素G为首选，氨基糖甙类、四环素与氯霉素亦有较好疗效。皮肤炭疽或轻症肠炭疽，用青霉素G 240万～320万u，分次肌注，疗程5～7d；重症肠、肺炭疽用青霉素G 1 000～2 000万u/d，分4次静滴，可加用庆大霉素24万u/d、四环素2g/d或氯霉素2g/d，分3～4次静滴。

百 日 咳

百日咳是由百日咳杆菌所引起的急性呼吸道传染病。多见于儿童，传染源为患者，空气飞沫传播，好发冬春季。病后有较持久免疫力。

【诊断要点】

(一)流行病学资料：当地有百日咳流行，有本病接触史，无接受过百日咳菌苗注射者。

(二)临床表现：

1．潜伏期：3～21d(5～10d)。

2．卡他期(痉咳前期)：起病为上呼吸道感染表现：低热、咳嗽、流涕、喷嚏等。3～4d后干咳加重，夜间更著。起病至痉咳出现，为7～10d。

3．痉咳期：出现阵发性痉挛性咳嗽，咳嗽发作时咳声短促，连咳十数声而无吸气间隙，继之咳嗽暂停，伴有深长吸气，发出一种特殊的“鸡鸣”样吼声，日轻夜重，严重者因剧烈咳嗽而引起头、面部皮肤、眼结膜出血，甚至颅内亦有出血现象。新生儿及6月以下幼儿表现为阵发性青紫、呼吸暂停、窒息等。阵咳一般持续2～6周。听诊肺部常无异常。全程为2～6周。

4. 恢复期：咳嗽逐渐减轻最后咳嗽完全停止。若无并发症，本期为2～3周，有并发症可长至数月。

（三）并发症：①肺炎：最常见，继发感染引起，可有高热、气急、烦躁、紫绀、肺部出现湿音；②百日咳脑病：出现高热、昏迷、惊厥、呼吸衰竭，可短期内发生死亡。

（四）实验室检查：

1. 血象：白细胞总数和淋巴细胞分类明显增高（白细胞总数可达20×10^9～40×10^9/L，淋巴细胞可占60%～95%）。

2. 细菌检查：常用咳碟法及鼻咽拭子培养，百日咳杆菌阳性者有利于诊断。

【治疗】

（一）一般治疗和对症治疗：应隔离，保持安静，温度适宜，空气新鲜。应给以易消化、营养丰富饮食。避免刺激。阵咳重者可适当给以镇静剂，如苯巴比妥钠及安定等。窒息时应及时人工呼吸、吸痰、吸氧。痰液粘稠不易咯出时，加用氯化钠、碘化钾等；重者加用强的松治疗，每日用量1～2mg/kg体重，疗程为5～7d。

（二）抗生素治疗：红霉素为首选，每日用量30～50mg/kg体重，连用7～10d。亦可每日用氯霉素30～50mg/kg体重；四环素每日50mg/kg体重，另外氨苄青霉素、庆大霉素、复方新诺明也可应用。

（三）中医治疗：

1. 外感咳嗽：症同卡他期。若属风寒证可用杏苏散；若属风热证可用桑菊饮。

2. 痰热顿咳：症同痉咳期。舌红、苔黄，脉滑数，指纹青紫。治法：清热宣肺，化痰镇咳。方药：桑白皮汤加减。

3. 余邪未消、肺脾两虚：症同恢复期。舌苔少，脉弱无力，指纹淡红。治法：补益脾肺。方药：沙参麦冬汤合人参五味子汤。

（四）针灸：

1. 体针：

（1）初咳期：风门、列缺、合谷、四缝。用泻法。

（2）痉咳期：取大椎、身柱、尺泽、丰隆、四缝。咳重、回声明显加天突、筋缩；发热配曲池；咯血、衄血配上星、大府。用泻法。四缝点刺。

(3)恢复期:取肺俞、膏肓俞、脾俞、太渊、足三里。用补法,并灸。

2. 拔罐:大杼、风门、肺俞。用闪罐法或留罐 10min。

3. 耳针:取肺、支气管、神门、交感、平喘。

4. 皮肤针:取督脉(颈、背、腰、骶部)大椎、中脘、膻中、内关、太渊、丰隆。

5. 刺血:取四缝穴(双)。点刺以见黄色或白色粘稠液体为度。每日或隔日 1 次。

6. 贴敷:取身柱、肺俞,将阿魏研末,置胶布上贴敷穴位。

7. 挑治:取背区点、胸区点,用针挑治后再拔火罐。

8. 穴位注射:取肺热、夹脊穴胸 2,用氯丙嗪,每穴注入 0.1ml,1 岁以上注 0.2ml,每次 1 穴,每日或隔日 1 次。

(五)单验方:

1. 鱼腥草、杠板归、百部、白前各 9g,水煎服。

2. 天竺黄、百部、秦皮各 15g,甘草 6g,水煎服,日服 3 次,7d 为 1 疗程。

3. 百部、沙参、白前、天冬各 9g,木蝴蝶 6g,水煎服。

(六)饮食疗法:

1. 鸡苦胆汁加白糖适量,温开水送服。

2. 大蒜 15g、红糖 6g、生姜 1 片,水煎服,日服 3－4 次。

3. 生丝瓜绞汁和蜂蜜少许服。

【预防】

(一)隔离患者,以发病起 6 周,从痉咳期 8 周。

(二)保护易感儿:

1. 自动免疫:应用百日咳、白喉、破伤风三联菌苗(百白破菌苗):出生 2～3 月即可接种,1 月 1 次,连续 3 次,皮下注射。维持 2～5 年,1 年后加强注射 1 次。

2. 被动免疫:体弱婴儿、未预防接种者、与百日咳密切接触者,可用高价免疫血清 10～20ml 肌注,每 5d 1 次,共用 3 次;或百日咳免疫球蛋白 2.5ml,肌注,2 周后重复 1 次。

3. 预防用药:密切接触者,可口服复方新诺明、红霉素 5～7d。

白　喉

白喉是白喉棒状杆菌引起的急性呼吸道传染病。秋冬季较多。1～5岁发病率最高。传染源是患者及带菌者，主要通过飞沫传播，也可通过污染的手和玩具等传播。病后有较持久的免疫力。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：当时当地有白喉流行或有接触史，无白喉菌苗接种史，既往无患过白喉等。

（二）临床表现：潜伏期为2～4d（也有为1～7d），根据病变部位，可分以下类型：

1．咽白喉：起病较缓，发热不高，中毒症状同病情而异，局部炎症不重，但有假膜出现。典型假膜为灰白色，致密有光泽，与周围粘膜粘连甚紧，不易剥脱，强行剥离易出血。

2．喉白喉：粗暴的干咳，声音嘶哑或失音，吸气性呼吸困难伴有发热等，此时即使咽部正常，也应疑及喉白喉。

3．鼻白喉：幼儿有血性浆液性鼻涕，鼻孔下面有浅表性溃疡，伴有哺乳障碍、张口呼吸等。

4．皮肤粘膜白喉：皮肤粘膜有持久不愈的假膜性损害等。

（三）并发症：

1．中毒性心肌炎：病程2～3周多见。心电图异常，多为T波和S－T段改变，亦可有传导阻滞或心律不齐，严重时可有周围循环衰竭或（和）急性心功能衰竭的表现。

2．周围神经麻痹：多发生于病程3～4周，颅神经损害以软腭麻痹最常见，表现为发声呈鼻音，进流质饮食时常从鼻孔呛出，悬雍垂反射消失。其次为眼肌、面肌、四肢远端肌肉麻痹。

3．继发性细菌感染：支气管肺炎、咽峡炎、中耳炎、败血症等。

（四）实验室检查：

1．血象：白细胞在10×10^9～20×10^9/L之间，中性粒细胞增加。

2．细菌学检查：取假膜下部的分泌物涂片染色、镜检或培养，白喉棒状杆菌阳性。

【治疗】

(一)一般治疗:患者应卧床休息,给予高热量的饮食,补充维生素 B 和维生素 C。

(二)病原治疗:

1. 白喉抗毒素治疗:应早期 1 次足量静滴或肌注。剂量大小与年龄、体重无关,应以病变范围的大小、中毒症状的轻重及治疗早晚而定。普通患者剂量为 3 万～5 万 u,肌注;重症患者 6 万～10 万 u,半量肌注,另半量缓慢静滴。注射前须做皮肤过敏试验。

2. 抗生素治疗:抗生素须与抗毒素同时应用。首选为青霉素 G,每次剂量为 40 万～80 万 u,肌注,3～4 次/d,持续 7～10d。红霉素每日 30～40mg/kg 体重,分次服用,疗程同前。

3. 对症治疗:烦躁不安者可给予安定、鲁米那等;中毒症状严重、血压下降者可给予激素治疗。

4. 并发症的治疗:心肌炎患者应卧床休息 6 周以上。给予高渗葡萄糖、大量维生素 B 和维生素 C、激素和能量合剂。有休克、心力衰竭者应及时处理。周围神经麻痹多能自行恢复,有吞咽困难者可鼻饲。

(三)中医治疗:

1. 风热:发热恶寒头身痛,咽喉肿痛附白膜,口唇干燥,舌红、苔白,脉浮数,指纹浮紫。治法:疏风清热解毒。方药:除瘟化毒汤加味(粉葛根、金银花、枇杷叶、薄荷、生地、冬桑叶、小木通、竹叶、贝母、玄参、山豆根、射干、牛膝)。

2. 里热:高热面红,咽喉痛、满布白膜,口臭,声嘶呛咳,唇红燥裂,尿黄便结,舌红、苔黄燥,脉洪数,指纹紫。治法:泻火解毒消肿。方药:玄参、石膏、板蓝根、白芍、瓜蒌、栀子、黄柏、龙胆草、马兜铃、丹皮、射干、黄连。

3. 阴虚:低热、咽干痛附白膜,神倦,舌红、苔少、乏津,脉细数,指纹淡紫。治法:养阴解毒清肺。方药:养阴清肺汤加石膏、射干、山豆根、大黄、瓜蒌。

(四)针灸治疗:

1. 体针:取印堂、少商、合谷、太冲、关冲为主穴。风热配风池、鱼际;疫毒配尺泽、十宣、内庭;阴虚燥热配列缺、照海;发热配大椎、曲池。用泻

法。

2. 贴敷：

(1)将巴豆、朱砂各 0.3g 研末混匀，置于普通膏药上，贴于印堂穴。

(2)将蒜捣泥，贴于阳溪、印堂、合谷、曲池、经渠、人迎。每次选 1～2 穴。

猩 红 热

猩红热是由β型溶血性链球菌 A 组所引起的急性呼吸道传染病。多发生于冬春季。患者主要是儿童。传染源是患者及带菌者，主要由飞沫传播，有时可由污染的玩具或其他物品传播。感染本病后，可产生免疫。

【诊断要点】

(一)接触史：有与猩红热患者接触史或与咽峡炎患者接触史。

(二)临床表现：

1. 潜伏期一般为 2～3d(也有的为 1～7d)。

2. 起病急骤，发热，咽痛，头痛，全身不适。检查时可发现咽部扁桃体和软腭有明显的充血和肿胀，以及颌下淋巴结肿大。在起病 24h 内，由头颈到躯干四肢出现弥漫性皮疹，疹色鲜红，压之褪色，不高出皮面。在普遍发红的皮肤上有小点状红色斑疹；在腋窝、肘窝、腹股沟等皮肤的皱褶处，皮疹呈紫红色线条。面部充血潮红，无皮疹，口鼻周围苍白(口周苍白圈)。舌乳头增大，呈肉红色(杨梅舌)。皮疹在 1 周左右消退，体温亦下降，皮肤开始脱皮。皮疹严重者，多呈片状脱皮，手掌、脚底及四肢可见大片状脱皮，甚至呈手套、袜套状。

除上述典型表现外尚有：①轻型：发热、咽峡炎、皮疹均很轻，脱屑甚轻，但后期变态反应并发症仍可发生。此型多见；②中毒型：主要为严重毒血症的表现，可出现中毒性心肌炎和感染性休克。此型少见；③脓毒型：主要为严重化脓性病变，咽部炎症极重，可有坏死及溃疡；咽部炎症向周围组织蔓延引起化脓性中耳炎、鼻窦炎、颈淋巴结炎、颈部蜂窝组织炎等；也可侵入血流形成败血症及迁徙性化脓性病变；④外科或产科型：皮疹常在伤口周围首先出现，然后遍及全身。常无咽峡炎。

(三)并发症：主要为变态反应并发症。①风湿病：常发生于病程的 2～3 周；②急性肾小球肾炎：也多发生病程的 2～3 周。一般病情轻，多

能自愈。

本病须和麻疹、风疹、扁桃体炎、咽白喉和药物疹等相鉴别。

(四)实验室检查:

1. 血象:白细胞总数增加,常在 $10\times10^9\sim20\times10^9$/L,中性粒细胞可高达 80% 以上,可有中毒颗粒。

2. 尿常规:早期有少量蛋白,多为一过性。并发肾炎时尿蛋白增加,且有红细胞、白细胞及管型。

3. 细菌学检查:咽拭子及其他病灶分泌物培养可有 β 型溶血性链球菌生长。用免疫荧光法检查咽拭子涂片可做出快速诊断。

【治疗】

(一)一般治疗:患者应卧床休息。注意营养和皮肤、口腔清洁,中毒症状严重时可补液,并给予维生素 B、维生素 C。

(二)病原治疗:青霉素 G 为首选药物,成人 20 万~40 万 u,肌注,每 6h 1 次;儿童剂量为每日 2 万~4 万 u/kg 体重,分 4 次注射,病情严重时可增加剂量。对青霉素过敏者可用红霉素、林可霉素等,每日 20~40 mg/kg体重,分次口服,严重时可静滴,疗程 7~10d。

(三)并发症的治疗:

1. 风湿病:应给予水杨酸制剂或激素等抗风湿治疗,同时长期应用青霉素 G 以预防链球菌感染的发生而引起风湿活动。

2. 肾炎:除对症处理外,也须给以青霉素 G 治疗消除溶血性链球菌。

(四)中医治疗:

1. 邪在卫分:高热(出汗,口渴)或恶寒,头痛,便秘尿少,流涕咳嗽,呕吐,胸闷,咽喉肿痛,舌红、苔薄白或黄或腻,脉浮数,指纹青紫。治法:辛凉透邪,清热解毒。方药:银翘散加马勃、射干、山豆根、郁金、藿香、黄芩、竹茹。

2. 邪在气营:症见出疹期。口渴烦躁,神昏谵语,咽痛更甚,舌绛、苔黄燥,脉洪数,指纹紫滞。治法:清热解毒,透热转气,气营两清。方药:凉血清气汤。

3. 邪入营血:邪陷心包,肝风内动,惊厥抽搐。治法:清营解毒,凉血养阴。方药:清营汤加丹皮、芦根、沙参、石斛、玉竹、生谷芽,可随症兑服紫雪丹。

(五)针灸治疗:少商、商阳、委中。

(六)单验方:

1. 土牛膝根 30g、板蓝根 30g,水煎服。

2. 蒲公英 30～60g,水煎服。

3. 大青叶、板蓝根各 15g,水煎服。

破 伤 风

破伤风是破伤风芽孢梭菌侵入人体伤口所引起的急性疾病。人群普遍易感。家畜及部分人群粪中带有破伤风芽孢梭菌,通常本菌随污染的泥土或异物而进入伤口或伤口因不洁处理而发病。病后有一定的免疫力。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:近期有创伤及伤口感染史。

(二)临床表现:潜伏期为 7～14d(也有的为 2d～1 月以上)。急性起病,张口困难,苦笑面容,躯干与四肢肌肉持续强直甚至阵发性痉挛等,而神志清楚。

(三)实验室检查:

1. 白细胞总数与中性粒细胞一般有轻度增多。

2. 脑脊液一般正常,可有轻度蛋白质增多。

3. 创伤组织或脓液做厌氧培养可有破伤风杆菌生长。

【鉴别诊断】

1. 引起张口困难的疾病:如扁桃体周围脓肿、咽后壁脓肿、牙髓炎与牙周炎。这些疾病先有显著的局部疼痛,有局部炎症表现而无全身肌肉强直与阵发性肌肉痉挛。

2. 化脓性脑膜炎:有高热、头痛、呕吐与颈强直,而无张口困难。脑脊液为脓性。

3. 狂犬病:有被狂犬或狂猫等咬伤史,有怕风、恐水、吞咽困难、阵发性咽喉肌痉挛,而无张口困难与全身肌强直。

【治疗】

(一)一般治疗:病室宜安静,避免各种刺激(如声响、强光等)。卧床休息,保持温暖。加强护理与监护。

(二)对症治疗：

1．饮食：病情轻者可喂流质或糊状饮食；如痉挛较频者应暂禁食，只给静脉输液。

2．吸氧：有发绀、缺氧时间歇吸氧，呼吸及咳痰困难分泌物多时应尽早做气管切开。

3．静脉输液：以补充水分、电解质与葡萄糖等。

4．镇静剂与肌肉松弛剂：

(1)苯巴比妥钠：成人剂量为0.1～0.2g，儿童每次剂量为3～5mg/kg体重，每8～12h肌注1次。

(2)安定：成人剂量为10mg/次，小儿每次剂量为0.5～1.0mg/kg体重，3～4次/d，静注；重型可增加至100～400mg/d，分次静脉滴注；可与苯巴比妥钠配伍而交替应用。

(3)10%水合氯醛：成人剂量为10～20ml/次，儿童每次剂量为0.5ml/kg体重，保留灌肠。

(4)异戊巴比妥钠、氯丙嗪、眠而通等也可应用。

(三)病原治疗：

1．抗菌药物：青霉素G成人剂量为240万～640万u/d，分3次肌注或静滴；四环素、红霉素成人1.5g/d，分3次静滴。

2．破伤风抗毒素与免疫球蛋白：

(1)破伤风抗毒素(TAT)：近年来主张用小剂量抗毒素即可(TAT 1万～2万u，1次肌注或静滴)。如伤口感染严重或阵发性肌痉挛频繁者可增加为3万～5万u。

(2)人破伤风免疫球蛋白(HTIG)，可以代替TAT，3 000u(1 500～6 000u)肌注或静滴。

(3)感染灶的引流：伤口未愈者应及早彻底清创，清创术后用3%过氧化氢或1∶4 000高锰酸钾液冲洗和湿敷，2～3次/d。

(四)中医治疗：牙关紧闭，角弓反张，四肢抽搐。治法：祛风痰，定抽搐。方药：五虎追风散(蝉衣30g，天麻、僵蚕、制南星各7g，全蝎5g，研末冲服，3次/d，7g/次)。若因牙关紧闭，药不能下，可用鼻饲法或试用乌梅擦牙。

(五)针灸治疗：

1. 体针：大椎、百会、人中、委中、后溪、三间、丰隆。牙关紧闭配颊车、下关、地仓、合谷；角弓反张配阳陵泉、承山、外关、支沟；四肢抽搐配太冲、曲池。

2. 耳针：皮质下、枕、心、脑点。

第五节　螺旋体感染

钩端螺旋体病

钩端螺旋体病简称钩体病，是致病性钩端螺旋体引起的动物源性传染病。主要传染源为鼠类和猪。带钩体动物的尿排菌污染环境，如水、土壤和植物等通过皮肤侵入人体。人群对本病普遍易感，夏秋季流行（6～10月），发病者以青壮年多见。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：在流行季节，易感者在近期（20d内）曾参加收割水稻或接触过可能有钩体污染的疫水。

（二）临床表现：潜伏期为2～2d，一般为7～13d。

1. 单纯型：其主要特点为：①发热：急起发热、多呈稽留热，全身乏力显著，头痛明显；②全身肌肉酸痛，以腓肠肌疼痛和腰背肌疼痛较突出；③结膜充血较明显，无炎性分泌物；④腓肠肌压痛；⑤表浅淋巴结肿大与疼痛，主要为双侧腹股沟或股淋巴结，其次为腋窝淋巴结，局部无红肿，不化脓；⑥其他：可有咽部疼痛充血，软腭出血点，鼻衄，肝脾可有轻度肿大、压痛与叩痛。病程一般为5～10d，发热渐退而愈。

2. 肺出血型：

（1）轻度肺出血型：咳嗽与痰中带血，为鲜红色泡沫或带粘液，无呼吸困难及发绀。肺部可闻少量湿啰音，X线胸片可见双肺散在点状或小片状阴影。

（2）肺弥漫性出血型：发热及其他中毒症状加重。气急，心慌与窒息或恐惧感，血痰多。双肺湿啰音多。X线胸片可见双肺广泛点片状阴影或呈大片状融合影。神志恍惚或昏迷，显著发绀，呼吸不规则，心率快，呈

奔马律，肺满布湿啰音。咯血大量，以至口鼻涌血，迅即窒息死亡。

3. 黄疸出血型：于病程4～5d以后出现黄疸、出血倾向为主，常伴有肝脏明显肿大、肝肾功能损害，严重者可出现昏迷、谵妄等。

4. 脑膜脑炎型：在起病后2～3d，出现头痛加重，呕吐，脑膜刺激征。脑脊液细胞数轻度增高，一般在500×10^6/L以下，淋巴细胞为主，蛋白稍高，糖正常或偏低，氯化物正常。

5. 肾功能衰竭型：各型钩体患者都可有肾脏损害的表现，如尿中有蛋白质、红细胞、白细胞与管型，多可恢复正常。仅少数可发生少尿、氮质血症与尿毒症者称肾功能衰竭型，此型常与黄疸出血型合并出现，单独肾功能衰竭型者少。

（二）实验室检查：

1. 常规检查：白细胞总数和中性粒细胞轻度增高或正常。尿常规约2/3的患者有轻度蛋白尿，镜检可见红细胞、白细胞或管型。血沉增高。

2. 病原体分离：发热早期，取血、尿、脑脊液做钩体培养和动物接种，但阳性率不高。

3. 血清学试验：显凝试验、间接炭凝试验、酶联免疫吸附试验等有助于诊断。

【鉴别诊断】

应与流感、伤寒、败血症、肺结核等相鉴别。参考有关章节。

【治疗】

（一）一般治疗：应卧床休息，饮食以易消化软食为宜。高热者酌予物理降温，不能进食者补液。

（二）肺出血型：

1. 肺咯血较明显者：①镇静剂；②高热者，及早用氢化可的松100mg加于液体中静滴。

2. 肺弥漫性出血型：①及早加强镇静剂；②及早应用氢化可的松200～300mg加于5%～10%葡萄糖液100～150ml静滴，必要时酌用氢化可的松100mg加于5%葡萄糖液20ml缓慢静注；③酌用强心剂，如西地兰0.4mg或毒毛旋花子甙K 0.125～0.25mg加于5%～10%葡萄糖液静脉缓注。必要时，于4h后可重复给1次。

3. 黄疸出血型：参考急性黄疸型肝炎的治疗。

4. 肾功能衰竭型：参考流行性出血热的治疗。

5. 脑膜脑炎型：参考流行性乙型脑炎的治疗。

(三)中医治疗：

1. 邪在卫气：恶寒发热，汗出口渴，头身及小腿疼痛，尿微黄，舌苔黄白，脉浮数。治法：清暑解表，泄热渗湿。方药：银翘散。

2. 暑湿弥漫三焦：高热口渴，腰肢酸痛，尿短少而黄，便秘或下利，舌红、苔黄腻，脉滑数。治法：清热解毒，消暑利湿。方药：三石汤加减。

3. 暑湿郁蒸：全身发黄，高热头痛，全身酸痛，腿痛乏力，常有鼻、齿龈及皮下出血。便血尿血，甚则谵语神昏，舌红绛、苔黄干。治法：清热凉血，解毒利湿。方药：清瘟败毒饮合茵陈蒿汤加减。

4. 暑热伤肺：发热烦渴，咳嗽气喘，咯血，舌红、苔黄，脉细数。治法：涤暑清肺，凉血止血。方药：白虎汤合千金苇茎汤加减。

5. 热入心包，肝风内动：高热，头痛剧烈，颈项强直，烦躁不安，恶心呕吐，四肢拘急，抽搐神昏，舌红绛、少苔或无苔，脉弦数或细数。治法：清营开窍，熄风安神。方药：清营汤合羚羊钩藤汤加减。

(四)针灸治疗：

体针：取曲池、合谷为主穴。委中(刺血)、内关、三阴交为配穴。黄疸加阳陵泉、胆俞、足三里；腓肠肌酸痛加承山；无尿加中极、曲骨。

(五)单验方：

1. 菊花、金银花、大青叶各 15g，紫苏 10g，水煎服。适用于流感型。

2. 大青叶、板蓝根各 30g，生石膏 30～60g，薄荷 15g，水煎分 3 次服。适用于高热兼有脑炎症状者。

3. 车前草、茵陈各 30g，土茯苓 30～60g，水煎服。适用于湿热型兼有黄疸者。

[预防]

采取综合性预防措施，重点管猪、犬，灭田鼠和预防接种。

第六节　原虫感染

阿米巴痢疾

阿米巴痢疾是溶组织阿米巴寄生于结肠后引起的以痢疾为主的疾病。易复发变为慢性，传染源为患者和排包囊者，传播通过包囊污染饮水、食物、蔬菜等进入人体，人群普遍易感。多为散发。

【诊断要点】

（一）临床表现：潜伏期一般为1～2周，可短至4d、长达1年以上。有以下临床类型：

1. 无症状型：感染者不出现任何症状，但常规粪便检查多数能找到包囊。

2. 普通型：起病缓慢，开始腹痛、腹泻，以后出现痢疾大便，每日10次左右，有不同程度的里急后重。腹部压痛以右下腹为著。全身症状轻微，常有低热或不发热。

3. 暴发型：起病急骤，中毒症状显著，重病容，有高热及极度衰竭。大便次数增多15次/d以上，以至失禁，呈水样或血水样，有奇臭。有不同程度脱水及电解质紊乱，有时可出现休克，易并发肠出血与肠穿孔。

4. 慢性型：常为普通型未彻底治疗的持续，病程可持续数月甚至数年不愈。一般腹泻每日不超过3～5次，腹泻反复发作，或与便秘交替出现。大便检查可找到滋养体或包囊。

（二）实验室检查：常规粪便检查：①肉眼观察：典型大便呈暗红色，有粪质，带血和粘液，有腥臭，成稀糊或成形，略带粘液；②显微镜检查：应取新鲜大便，取脓血标本涂片，镜下可见溶组织阿米巴滋养体及夏科－雷登结晶；③大便培养：可以增加检出的机会，但操作复杂，故在临床应用受到限制。

（三）乙状结肠镜检查：溃疡常较表浅，大小不一，覆有黄色脓液，边缘略突出，稍充血，溃疡与溃疡之间的粘膜常正常。正常粘膜上见到散在典型溃疡，基本可以肯定诊断。

(四)诊断性治疗:如高度怀疑本病而又不能确诊时,可选用抗阿米巴药物做诊断性治疗。

注意应与菌痢、结肠癌、血吸虫病鉴别,详见有关章节。

[治疗]

(一)一般治疗:急性期应卧床休息,给予流质或半流质饮食。肠道隔离至症状消失,或大便连续3次镜检滋养体及包囊均为阴性。不能进食者,应给予补液。

(二)病原治疗:

1. 灭滴灵:对阿米巴滋养体及包囊均有较强的杀灭作用,适用于肠内、外各型的阿米巴病,疗效佳。一般剂量为0.4~0.8g,3次/d,连服5~10d;儿童每日50mg/kg体重,分3次服,连服7d。

2. 甲硝磺酰咪唑:疗效不亚于灭滴灵,本品副作用小,剂量为2g/d,儿童每日30~40mg/kg体重,清晨1次口服,连服5d。

3. 氯甲咪唑:剂量为1.5g,晚餐后顿服,连服3d,毒性反应极少。

4. 吐根碱:对阿米巴滋养体有直接杀灭作用,但毒性较大,现已少用。用量每日1mg/kg体重,成人每日不超过60mg,分2次,深部皮下或肌肉注射,连续6d。

5. 喹碘仿:主要用于肠腔型滋养体及包囊,可防止复发,成人0.5g,3次/d,连服10d。

6. 二氯散糠酸酯(糠酯酰胺):有较强的杀虫作用,成人0.5g,3次/d,连服10d。

7. 抗菌药物:主要通过抑制肠道共生细菌而影响阿米巴的生长繁殖,如四环素(成人0.5g,4次/d)、巴龙霉素(成人0.5g,4次/d)等抗生素。

(三)中医治疗:

1. 湿热:症同前述。舌苔薄、黄腻,脉弦滑。治法:清热化湿导滞。方药:白头翁汤。

2. 阴虚:症同前述。舌红、少苔,脉细数。治法:养阴清热祛邪。方药:驻车丸加当归、白芍、黄柏、地榆、甘草。

3. 脾胃气虚:下痢日久,时发时止,倦怠乏力,舌淡、苔腻,脉沉弱。治法:健脾益气兼清热化湿。方药:四君子汤加薏苡仁、地榆。

(四)针刺:取足三里、天枢、气海、三阴交。

(五)单验方:

1. 白头翁 50g,水煎服,7~10d 为 1 疗程。

2. 鸦胆子,每次 10 粒(去壳),装入胶囊,内服,3 次/d,10d 为 1 疗程。

3. 石榴皮 50g,水煎服。

(六)饮食疗法:

1. 马齿苋、薏苡仁 50g,同煮粥服食,1~2 次/d。适用于湿热。

2. 黄芪、乌梅各 200g,红砂糖 250g。将黄芪、乌梅加水 1 000ml,煮取 500ml。加红砂糖收膏装瓶。每次 20ml,2 次/d。适用于脾胃气虚。

疟　疾

疟疾是疟原虫经按蚊叮咬传播的传染病。疟原虫经血流侵入肝细胞内寄生、繁殖,成熟后又侵入红细胞内繁殖,使红细胞成批破裂而发病。恶性疟的发热不规则,常侵犯内脏,可致凶险发作。传染源是患者和带疟原虫者,传播媒介为按蚊。少数可因输血传播。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:有在疟疾流行地区流行季节(夏秋)时居住或旅游史,近年来有疟疾发作史或近期接受过输血。

(二)临床表现:

1. 典型的周期性定时寒战、高热发作,间日疟为间日 1 次,三日疟为 3d 发作 1 次。发作时有明显寒战、高热和大汗,继以症状明显缓解的间歇。

2. 恶性疟热型多不规则,无明显的缓解间歇,严重者可致凶险发作。

3. 凶险发作:多数为恶性疟引起,少数为间日疟和三日疟引起。

(1)脑型疟疾:有急起高热、寒战、剧烈头痛、呕吐、抽搐、昏迷等,严重者可发生脑水肿,呼吸衰竭而死亡。

(2)过高热型:急起高热,谵妄,抽搐,昏迷,可于数小时内死亡。

4. 其他:脾肿大,肝肿大,贫血。

(三)实验室检查:

1. 血象:白细胞正常或减少,分类计数大单核细胞增多,贫血。

2. 疟原虫检查:血涂片染色查疟原虫和骨髓涂片检查疟原虫,后者

阳性率高。

(四)诊断性治疗:临床上很像疟疾,但多次检查未发现疟原虫或无条件检查疟原虫者,可试用氯喹(3d)做诊断性治疗。一般在服药后 24～48h 后发热被控制而未再发作者可能为疟疾,如发热未控制而患者又不是来自疟原虫耐药地区,则基本上可以排除疟疾。

注意应与伤寒与副伤寒、钩端螺旋体病鉴别;脑型疟疾应与流行性乙型脑炎、中毒性菌痢等鉴别。应参考有关章节。

[治疗]

(一)一般治疗:高热头痛可用冷水擦浴,额、颈部置冰袋,体温过高可用退热剂。严重贫血可输血。

(二)抗疟治疗:

1. 控制发作:①磷酸氯喹:每片 0.25g(基质 0.15g)第 1d 4 片,第 2～3d,2～3 片/d,共 8～10 片;②磷酸伯氨喹:每片 13.2mg(基质7.5mg),3 片,1 次/d,连服 8d。恶性疟只服 2～4d。一般与氯喹同服。

2. 耐药性疟疾:可酌选下列一种药物代替氯喹,同时仍须加服伯氨喹(剂量同前)。

(1)盐酸甲氯喹:1 次顿服 1.0～1.5g。

(2)硫酸奎宁:每片 0.12g,第 1d 口服 0.48g,3 次/d,以后 0.36g,3 次/d,连服 6d(共 7d)。

(3)磷酸咯萘啶:口服。每日 1 次基质 0.4g,连服 3d,共 1.2g。

(4)磷酸哌喹:口服。首剂基质 0.6g,第 2、3d 各服 0.3g,共 1.2g。

(5)青蒿素:口服。首剂 1.0g,6～8h 后服 0.5g,第 2、3d 各 1 次(0.5g),共 2.5g。

3. 凶险发作的处理:

(1)磷酸氯喹注射液:首剂基质成人 0.3～0.6g(5～10mg/kg 体重)加于生理盐水或 5% 葡萄糖液 500ml 静滴,4～8h 滴完,以后 0.3g 每 6h 1 次,至总量 1.5g。患者清醒后即改为口服氯喹。

(2)盐酸奎宁注射液:用于抗氯喹者。首剂成人 0.6g(10mg/kg 体重)加生理盐水或 5% 葡萄糖液 300～500ml 静滴,于 4h 滴完;维持量为 0.6g,4～8h 滴完,每 8h 1 次,酌用 4～5 次。

(3)盐酸甲氯喹:1 次顿服 1.0～1.5g。

(4)磷酸咯萘啶：基质成人 180～360mg(3～6mg/kg 体重)加于 5% 葡萄糖液 250ml 静滴，于 3h 滴完；每 6～8h 1 次，酌用 2～3 次。

用以上药物者，患者清醒后均须加服伯氨喹 3 片/d，恶性疟连服 2～4d；非恶性疟连服 8d。

高热或昏迷者用氢化可的松静滴；抽搐者用镇静剂；脑水肿与呼吸衰竭者用脱水剂。

(三)中医治疗：

1. 热疟：寒颤轻，高热重，出汗，口渴引饮，恶心，呕吐，便秘，尿黄，舌红、苔黄，脉弦数。治法：清热疏邪。方药：白虎加桂枝汤。

2. 寒疟：寒颤重，发热轻，口不渴，胸胁痞满，身痛汗少，舌淡、苔薄白，脉弦迟。治法：祛寒止疟。方药：柴胡桂枝干姜汤去瓜蒌根，加法半夏、常山、青皮、藿香。

3. 久疟：疟疾日久，劳累易发，食少倦怠，形体瘦弱，面色萎黄，舌淡、苔白，脉细弱。治法：补养气血，扶正祛邪。方药：何人饮去陈皮，加茯苓、白术、红枣。

(四)针灸治疗：

1. 体针：取大椎、后溪、液门、间使。发作加十宣；久疟加脾俞、胃俞、足三里；痞块加章门、痞根。新病和发热用泻法，久病和偏寒用补法，每次选 3～4 穴，于发作前 1～2h 施针。

2. 灸法：取大椎、膏肓、身柱、脾俞、公孙。

3. 拔罐：于发作前 1～2h，拔大椎、陶道。

4. 耳针：取肾上腺、皮质下、内分泌、肝、脾(双侧)。于发作前 1～2h 施针。强刺激，留针 1h，1 次/d。

5. 皮肤针：取大椎、陶道、身柱、风府、间使、太溪、合谷、太冲、大杼、夹脊穴胸 5～骶 1。每次选 3～4 穴，发作前 2～3h 施治，中度叩刺，1 次/d。

6. 贴敷：取双内关穴。药用烟丝 2 份、生姜 2 份、大蒜 2 份，捣烂敷穴上。

7. 挑治：取椎环点、大椎、陶道。或在背区找痧点，疟母加挑章门、痞根。在发作前 2h 内施术。

(五)推拿疗法：

1. 坐位，提拿肩井，点按大椎、陶道，揉拿手三阴经，点按间使、后溪、少海；嘱仰卧，双点章门，提拿足三阴经，点按丰隆、三阴交。适用于久疟。

2. 温疟加揉拿颈项，点按合谷，双运太阳。

3. 寒疟加点按膀胱俞，推脾运胃。

4. 瘴疟加点按三脘、丰隆。

5. 劳疟加提拿足三阳经，点按足三里、大都。

(六)单验方：苍术、白芷、桂枝、常山各等份研末，用2层纱布包好，在发作前2h塞入鼻腔。

(七)饮食疗法：

1. 野鸭1只，生姜10g，红枣15g，酒、盐、油适量，杀鸭去羽毛及内脏，加姜、枣、油、盐、酒炖熟，分数次食之，数日1只。适用于久疟不愈者。

2. 常山10g、粳米60g、白糖适量，取酒制常山，洗净后温水浸泡2h，加水200ml，煎至100ml，去渣留汁，入粳米60g、白糖适量，再加水400ml，煮成稀粥，每于发疟前2h温服。适用于各类型疟疾(孕妇忌食)。

【预防】

(一)根治传染源：

1. 根治现症患者，健全疫情报告制度。常用氯喹与伯氯喹联合疗法(见前)。

2. 根治带疟原虫者(抗复发治疗)：常在春季或流行高峰前1月进行。治疗对象为1～2年内有疟疾史者和血中查到疟原虫者。常用乙胺嘧啶与伯氨喹联合治疗。乙胺嘧啶8片(基质50mg)连服2d，加伯氨喹3片(基质22.5mg)连服8d。

(二)灭蚊。

第七节　蠕虫病

血吸虫病

血吸虫病是由日本血吸虫寄生在门静脉系统所引起的疾病。病变主要由虫卵引起，主要病变位于肝脏与结肠。

【诊断要点】

(一)流行病学资料:有在流行区与疫水接触史。

(二)临床表现:

1. 急性血吸虫病:发热、荨麻疹、肝脾肿大且有压痛,以及腹痛、腹泻等典型症状。

2. 慢性血吸虫病:凡流行区有长期不明原因腹痛、腹泻或便血,肝脾肿大者均应考虑慢性早期的可能性。巨脾、腹水、腹内痞块及其他肝硬化症状者,为晚期血吸虫病。

(三)实验室检查:

1. 血象:白细胞总数及嗜酸性粒细胞显著增多,总数多在 10×10^9 ~ 30×10^9/L 以上,嗜酸性粒细胞 20%~40%,可高达 90%。晚期则因脾功能亢进,白细胞与血小板减少。

2. 粪便检查:粪便须新鲜送检。一般采用粪便沉淀后毛蚴孵化法,每日检查 1 次,连续 3d。以查出虫卵及孵出毛蚴为确诊依据。

3. 直接粘膜活组织检查:取病变直肠粘膜米粒大小一块,置于两玻片之间在显微镜下检查,其阳性率很高。

4. 免疫学检查:

(1)皮内试验:用成虫抗原(1:8 000)0.03ml 做皮内试验,15min 后观察反应,肿块超过 0.8cm 为阳性,阳性率约 90%。

(2)环卵沉淀试验:环沉率在 5% 以上者为阳性,1%~4% 为可疑。

(3)血清学检查:包括虫卵抗原间接血凝试验、酶联免疫吸附试验等。

【治疗】

(一)病原治疗:吡喹酮治疗血吸虫病有良好疗效。剂量与疗程:①慢性血吸虫病:成人总剂量为 60mg/kg 体重,2d 疗法,等分 2~3 次口服。体重以 60kg 为限。儿童体重<30kg 者,总剂量为 70mg/kg 体重。②急性血吸虫病:成人总剂量为 120mg/kg 体重(儿童 140mg/kg 体重),4~6d 疗法,每日剂量分 2~3 次服用。一般病例可采用每次 10mg/kg 体重,3 次/d,连续 4d。

(二)对症治疗:患者有发热时应卧床休息,不需用激素。重症者应补液及加强一般支持疗法;巨脾型者可做脾切除;腹水者可给利尿剂。

(三)中医治疗:

1. 表证：发热恶寒，咳嗽，头身痛，出汗，皮肤痒疹，舌红、苔薄白，脉浮滑。治法：疏表透邪，活血解毒。方药：消风养血汤。热退后便可杀虫。

2. 肝脾受犯：食欲不振，腹胀痛，胁痛，乏力，便溏，面色萎黄，舌苔白腻，脉弦滑。治法：疏肝理气，健脾杀虫。方药：逍遥散加木香、枳实、厚朴、苦参、槟榔。

3. 血瘀：消瘦，面色暗黄，食欲不振，腹胀，胁痛，大便秘结或便溏，舌暗或有瘀点，脉涩。治法：活血祛瘀，散结消痞。方药：红花桃仁煎。

4. 蛊胀：消瘦，面色晦暗，饮食减少，两胁隐痛，腹胀如鼓，青筋显露，便秘尿少，舌质紫瘀，脉沉弦涩。治法：行气散瘀，健脾利尿。方药：调营饮。泻下逐水可用舟车丸。

(四)针灸治疗：

1. 体针：急性期取大椎、中脘、天枢、气海、足三里、阴陵泉、百虫窝，用泻法。慢性期取大椎、膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、章门、三阴交、百虫窝，用平补平泻法。晚期(腹水)取水分、石门、水道、章门、足三里、阴陵泉、三阴交，用补泻兼施法。

2. 灸法：取大椎、中脘、痞根。腹水加水分；侏儒加膏肓；腹胀加章门、气海。用化脓灸法。灸前在穴位上涂少许蒜汁，然后再灸，每穴灸5～9壮。适用于肝硬化。

(五)单验方：

1. 生南瓜子去壳研细粉，每次服80g，3次/d，连服7～14d，儿童减半。

2. 鲜鸭跖草150g，水煎，日分服2次。

以上2方适用于急性期。

3. 鲜枫杨叶，洗净切碎，半斤叶加水1斤，煮沸10～15min，分3次服，20～30d为1疗程。适用于各期患者。

4. 半边莲30g，当归、槟榔各6g，丹参9g，茯苓12g，水煎至200ml，分2次服。适用于晚期消除腹水。

(六)饮食疗法：

1. 新鲜鹅血20～30ml，黄酒冲服，1～2次/d，疗程不限。

2. 黄芪80g、薏苡仁60g、冬瓜80g，煎服。3次/d。

以上2方用于晚期有腹水者。

并殖吸虫病

本病又名肺吸虫病，是由主要寄生于肺部的吸虫所引起的一种人、兽共患的自然疫源性寄生虫病。人生食或半生食含有肺吸虫活囊蚴的蟹或喇蛄而受感染。还有许多肉食类动物包括野生动物也能自然感染。我国有卫氏和四川肺吸虫2种。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：凡生长在本病流行区或到过流行区，有进食生的或半生的溪蟹或喇蛄；或饮过生的溪水史。

（二）临床表现：

1. 全身症状：轻重不一，急性患者可出现畏寒、发热、头昏、头痛、胸闷、腹痛等症状。

2. 卫氏肺吸虫最常寄生在肺部，引起咳嗽、咯痰和咯血。痰血混合常呈铁锈色或棕褐色，烂桃样血痰为本病典型症状。部分患者有胸痛，并出现胸腔积液，胸水量不多，呈草黄色或血性。

3. 四川肺吸虫病主要临床特点为游走性皮下结节或包块，而咳嗽、咯血不重。

4. 两类肺吸虫均可引起异位损害，造成脑、脊髓、腹腔、皮下等组织病变，出现相应的症状，如头痛、癫痫、视力减退、共济失调、肢体瘫痪等。

（三）实验室检查：

1. 血象：白细胞总数增加，一般在$10\times10^9\sim30\times10^9$/L之间，急性期可高达$40\times10^9$/L。嗜酸性粒细胞增加，一般在5%～20%之间。血沉中度增加。

2. 痰液：卫氏肺吸虫患者痰常呈铁锈色镜检可见虫卵；四川肺吸虫病患者痰中极少查见虫卵。

3. 皮内试验：以1∶2 000肺吸虫抗原0.1ml注射于前臂皮内，15～20min后观察结果，皮丘大于12mm、红晕大于25mm者为阳性反应，其阳性率可达95%，但血吸虫病、华支睾吸虫病等可有假阳性反应。

4. 补体结合试验：阳性率可达98%～100%，有早期诊断价值。

【治疗】

（一）病原治疗：

1. 吡喹酮:25mg/kg 体重,3 次/d,连服 2d。总剂量为 150mg/kg 体重。疗效良好。

2. 硫双二氯酚:成人 3g/d,儿童每日 50mg/kg 体重,分 3 次口服,连续服用 10～15d 或间日服用 20～30d 为 1 疗程。近期治愈率为 84%～100%。1 年后复查约有 5% 复发,可进行第 2 疗程。

(二)加强对症和支持疗法。

(三)中医治疗:

1. 常山 15g、百部 9g、紫苏 12g、芦根 24g、淡豆豉 30g,1 剂/d,分 3 次服,0.5～1 月为 1 疗程,可连服 2～3 个疗程。

2. 鸦胆子仁 15 粒,盛胶囊内,温水送下,3 次/d,连服 2 周,停药 3～5d,再服。

华支睾吸虫病

华支睾吸虫病是由华支睾吸虫寄生在人体肝内胆管所引起的寄生虫病。成虫产卵随粪便排出,在鱼肉内形成囊蚴,若食入未煮熟的此种鱼肉即可受感染。

[诊断要点]

(一)流行病学资料:有进食未经煮熟的淡水鱼或虾的历史。

(二)临床表现:感染轻者可无症状,或稍有食欲不振,轻度腹泻、乏力等。重者可有慢性胆管炎的症状,常反复出现右上腹隐痛、轻度黄疸、肝肿大等。反复感染的严重病例,可出现肝硬化及门静脉高压症。

(三)实验室检查:

1. 粪便检查:直接涂片或沉淀集卵法,找到虫卵即可确诊。

2. 十二指肠引流:胆汁中查虫卵阳性率较高。

3. 皮肤试验:成虫盐水冰浸液为抗原(稀释度为 1:15 000～30 000),做皮内试验,阳性率为 97.9%,与粪检阳性符合率高达 99.5%。

注意无黄疸型病毒性肝炎、其他原因所致的肝硬化应与华支睾吸虫病所引起者做鉴别。

[治疗]

(一)吡喹酮:是治疗本病的首选药。目前推荐用法是 25mg/kg 体重,3 次/d,连服 2d(总剂量 150mg/kg 体重)治后 3 个月粪便虫卵阴转率

达97.7%。

(二)六氯对二甲苯:剂量为每日50～100mg/kg体重(体重以50kg为限),本药副作用较大,有头晕、食欲不振、恶心、呕吐、腹泻等,停药后自行消失。偶尔可出现中毒性肝炎、急性溶血、精神异常等。

(三)中医治疗:

1.脾虚:胃脘胀满,纳呆,疲乏,大便稀薄,苔白,脉濡。治法:健脾利湿。方药:四君子汤加山药、薏苡仁、麦芽、大枣,水煎服。

2.寒湿:畏寒,消瘦,右上腹痛,苔薄腻,脉沉细。治法:温阳利湿。方药:理中汤加广木香、郁金、陈皮、薏苡仁,水煎服。

3.湿热:发热,目黄口苦,右胁痛,便秘,尿短赤,舌红、苔黄腻,脉弦数。治法:疏肝利胆,清热利湿。方药:大柴胡汤去半夏、白术、生姜、大枣,加枳壳、栀子、茵陈、玄胡,水煎服。

姜片虫病

姜片虫病是由布氏姜片吸虫寄生在人体小肠所引起的一种肠道寄生虫病。人生食带有姜片虫囊蚴的水生植物(如菱、藕、荸荠等)而感染。猪是重要的保虫宿主,故姜片虫病亦是人畜共患病。

[诊断要点]

(一)流行病学资料:在本病流行区里,有曾经生食过菱、藕、荸荠等水生植物史。

(二)临床表现:潜伏期为1～3个月。轻者可无明显症状,或者有腹痛、慢性腹泻、消化不良、营养不良、浮肿等;重症有精神萎靡、明显消瘦、贫血,有时可有腹水,尤以儿童为甚。

(三)实验室检查:

1.血象:轻度贫血,白细胞总数略增加,嗜酸性粒细胞高,一般在10%～20%。

2.粪便中查到虫卵即可确诊。

[治疗]

1.吡喹酮:为首选药物,剂量为10mg/kg体重,1次口服,其治愈率可达100%。

2.硫双二氯酚(别丁):成人剂量3g,儿童50mg/kg晚间顿服。不排

便者给以泻剂。1 次服药后疗效可达 70%。少数患者有轻度胀痛、腹泻等副作用。

3. 槟榔煎剂：成人剂量 50g(儿童每岁 2～3g，每日总量不超过 30g)加水 300ml，煎 1h，浓缩至 100ml，晨空腹 1 次或 2 次/d 分服，连服 3d。治愈率可达 90%以上。服药后可有轻度恶心、呕吐或腹痛等副作用。

丝 虫 病

丝虫病是由班氏和马来丝虫寄生于人体淋巴系统所引起的慢性寄生虫病。通过蚊虫传播。

【诊断要点】

(一)流行病学资料：有流行区居住史，感染机会等。

(二)临床表现：潜伏期为 4 个月至 1 年不等。表现为周期性发热、反复发作的淋巴结炎与逆行性淋巴管炎(有时呈丹毒样皮炎)、象皮肿、乳糜尿。表现轻重不一，通常班氏丝虫多引起四肢淋巴管炎，马来丝虫多产生内脏淋巴系统及精索、附睾、睾丸、阴囊等淋巴管和淋巴结炎。

(三)实验室检查：

1. 血象：白细胞总数增多，嗜酸性粒细胞显著增多(可达 70%以上)。

2. 微丝蚴检查：血中找微丝蚴，在夜 10 时至次晨 2 时阳性率最高。自耳垂取血 3 大滴，用厚血片法或鲜血片法做涂片检查；也可静脉取血做浓集法，其阳性率最高。

3. 免疫学检查：皮内试验、间接免疫荧光抗体试验、酶联免疫吸附试验检测抗体等均有助于诊断。

【鉴别诊断】

丝虫病所致的淋巴结炎、淋巴管炎及丹毒样皮炎应与细菌引起者相鉴别，后者中毒症状较重，局部疼痛与压痛明显，淋巴管炎自下而上，局部淋巴结发展，中性粒细胞升高。精索炎与附睾炎应与结核性附睾炎相鉴别，后者在附睾内，常粘连一起，不痛，少有反复发作。乳糜尿应与腹腔淋巴结核和肿瘤等所引起者相鉴别。

【治疗】

(一)一般治疗：急性期应卧床休息，抬高下肢。有继发感染时，可用抗生素或磺胺等药治疗。

(二)病原治疗：

1．海群生：①短程疗法：1～1.5g，1次顿服；或0.75g，日服2次；②中程疗法：每日0.6g，分2～3次口服，连服7d；③间歇疗法：0.5g/次，每周1次，连服7周。

2．左旋咪唑：对微丝蚴有较好的疗效，剂量为每日4～5mg/kg体重，分2次口服，共服5d。微丝蚴即时阴转率可达90.3%。

(三)中医治疗：

1．湿热化火，毒入小腿：急性期可见发热恶寒，头痛，下肢红肿疼痛，小便黄赤、睾丸肿胀疼痛，舌红、苔黄，脉数。治法：清热燥湿。方药：二妙丸加味(苍术、黄柏、柴胡、黄芩、丹皮、栀子、牛膝、车前子)。高热加金银花、连翘、紫地丁、丝瓜络；下肢肿大加路路通、泽兰叶；睾丸胀痛加小茴香、橘核、川楝子、元胡。

2．湿热下注，分泌失司：见于慢性期，尿浊如米泔或有滑腻之物，尿道热涩疼痛，舌红、苔腻，脉数。治法：清热化湿，分清泌浊。方药：萆薢分清饮加减(萆薢、菖蒲、黄柏、茯苓、白术、丹参、莲子芯、车前子、荠菜花、糯稻根)。

3．肾虚不固，脂液下泄：尿浊如脂，日久反复不愈，形体瘦削，头昏无力，腰酸腿软，苔薄腻，脉滑细。治法：补肾固涩。方药：六味地黄丸合金锁固精丸加减(熟地、萸肉、茯苓、怀山药、菟丝子、莲须、芡实、金樱子、牡蛎)。

(四)针灸治疗：

1．体针：急性期取大椎、曲池、足三里、血海、阴陵泉、三阴交、委中、八风。睾丸肿痛加阴廉、太冲；象皮肿取足三里、阴陵泉、阳陵泉、丰隆、解溪、中封、八风，以及委中、丘墟、曲泉、三阴交、地机、悬钟，2组穴交替使用；乳糜尿取气海、关元、肾俞、三阴交。

2．灸法：取膻中、水分、关元、神阙，以及气户、命门、肾俞、带脉。2组交替使用。适用于治乳糜尿。

3．拔罐：治象皮肿，取足三里、阴陵泉、下巨墟、三阴交及肿胀最明显处。治疗时，先用皮肤针重叩出血，然后拔罐5～10min，放出血水后，用绷带绑腿。每日或隔日1次，10次为1疗程。

4．耳针：取肾、膀胱、三焦、尿道、皮质下、内分泌、神门。适用于治疗

乳糜尿。

5. 穴位注射：治乳糜尿取大横、气海、关元、中极；肾俞、志室、上髎。2组穴交替使用，用0.25%普鲁卡因20ml，每穴注2～5ml，1次/d。

（五）单验方：

1. 荠菜120g（鲜品500g），连根洗净水煎服，连服1～3个月。

2. 金樱子根15g，黄毛耳草30g，贯众、车前草各9g，水煎服，1剂/d。

3. 水蜈蚣（干的根茎）、桂圆各60g，水煎服，1剂/d，连服15d。

钩虫病

钩虫病是由十二指肠钩口线虫（以下简称十二指肠钩虫）或（和）美洲板口线虫（以下简称美洲钩虫）寄生于人体小肠所致的疾病。田地施人粪肥后，人在赤足下田接触泥土时易受感染。

【诊断要点】

（一）临床表现：

1. 幼虫引起的症状：主要是丝状蚴在皮肤侵入处，出现红色点状斤疱疹，奇痒。感染后1周左右出现咳嗽、咯痰，重者痰中带血丝、出现阵发性哮喘。

2. 成虫所致的症状：上腹部不适、隐痛，消化不良，食欲减退等。重度感染者出现进行性贫血，有头晕、眼花、耳鸣、乏力、心悸等，常有异食癖，如食生米、泥土等。

（二）实验室检查：

1. 粪便检查：大便涂片或漂浮法可找到虫卵。

2. 血常规：红细胞减少，常有不同程度的贫血，属低色素性小细胞贫血。

3. 骨髓检查：可见造血旺盛现象，但红细胞发育阻滞于幼红细胞阶段，中幼红细胞显著增多。

【治疗】

（一）病原治疗：

1. 丙硫咪唑：剂量为0.4g/d，1次顿服，连服3d。

2. C型甲苯咪唑：剂量为0.2g，1次/d，连服3d。

3. 双萘羟酸噻嘧啶：是一种广谱驱肠道线虫药物，成人剂量每次

0.5g(基质)，儿童按10mg/kg体重(基质)计算，每日1次，睡前顿服，连服3d。

4．噻乙吡啶：成人0.25g，儿童按5mg/kg体重计算，半空腹1次顿服，连服2～3d。

(二)中医治疗：脾虚虫积：头昏心悸，气短乏力，四肢浮肿，肌肤萎黄，毛发皆直，嗜好异食，恶心、呕吐，舌淡、脉细弱。治法：益气健脾，杀虫驱虫。方约：四君子汤加雷丸、槟子。

(三)单验方：

1．槟子、槟榔、红藤各30g，贯众15g，水煎服，每次同吃生大蒜2～3瓣。连服3d。

2．鹤虱25g(鲜用100g)，水煎服。

(四)饮食疗法：鲜马齿苋(全草)90g，加水800ml，煎至200ml，去渣，加食醋25ml、白糖15g，睡前服1剂，连服2晚。孕妇慎用。

蛲虫病

蛲虫病是蛲虫寄生于人体结肠和回盲部所引起的疾病。

【诊断要点】

(一)临床表现：轻度感染一般无症状。主要症状为肛门周围和会阴奇痒，尤以夜间为甚。由于搔伤，局部炎症又可引起肿痛。患儿常有夜惊、烦躁、易怒、遗尿等。蛲虫侵入阴道可产生阴道粘液性分泌物增多。在阴道与宫颈涂片中发现蛲虫卵。儿童入睡后1～3h检查其肛门周围，有时可发现雌虫和自虫体徐徐排出肉眼可见的乳白色卵块。

(二)实验室检查：检查虫卵，连续3～5次，检出率可接近100%，常用方法有2种：①湿拭法；②透明胶纸法。

【治疗】

(一)病原治疗：

1．甲苯咪唑：成人和儿童均为0.2g，1次口服。丙硫苯咪唑400mg，1次口服，虫卵阴转率达90%以上。

2．双羟羟酸噻嘧啶：剂量为10mg/kg体重(按基质计算)，1次口服，2周后复治1次。

3．扑蛲灵：剂量为5mg/kg体重，1次口服。本药为红色矢车菊甙染

料，服药后 1～2d 粪便染成红色，应事先告诉家属或患者，以免引起惊慌。

（二）中医治疗：

1．内治：

（1）使君子肉，小儿每岁 1 粒/d，顿服，最多量不超过 10 粒。2～5d 为 1 疗程。

（2）槟榔、南瓜子各 9g，水煎空腹顿服，连服 3d。

2．外治：

（1）韭菜煎汤，睡前洗肛门。

（2）菜籽油外涂肛门。

（3）百部 30g，乌梅 15g，加水 2 碗，煎成 1 碗，晚睡前用 20～30ml 做保留灌肠，连用 9d 为 1 疗程。

肠绦虫病

肠绦虫病是各种绦虫寄生于人体小肠所引起的疾病。在我国所见的肠绦虫主要有牛肉绦虫、猪肉绦虫与短膜壳绦虫等。患者是牛肉绦虫和猪肉绦虫的唯一传染源。长期从粪便中排出虫卵，使猪、牛感染引起猪、牛的囊尾蚴病。人因生食或半生食含囊尾蚴的猪肉或牛肉而感染。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：有生食或半生食含囊尾蚴的猪、牛肉史。

（二）临床表现：

牛肉与猪肉绦虫病的临床症状轻微。最常见是在粪便中发现节片。半数患者有全腹隐痛，少数患者有消瘦、恶心、便秘、腹泻等。

（三）实验室检查：

1．虫卵检查：直接涂片与浓集法的阳性率较低。牛肉绦虫病可采用胶玻纸拭抹法。

2．妊娠节片检查：牛肉与猪肉绦虫感染患者大多有排节片史。检查妊娠节片子宫分支数目和形态可资鉴别。头节观察有无顶突与小钩也可区别猪肉绦虫与牛肉绦虫。

【治疗】

（一）吡喹酮：剂量为 10mg/kg 体重，一剂疗法，治愈率达 95% 以上。

（二）硫双二氯酚（别丁）：成人剂量为 3g，1 次空腹顿服，或每小时

1g，连服 3 次。

（三）氯硝柳胺：成人剂量为 2g，儿童酌减。空腹每小时服 1g。本药为片剂，服时须充分嚼碎，以小量井水吞服。本药副作用轻，偶尔有恶心、呕吐和腹痛。孕妇亦可服用。

（四）南瓜子和槟榔联合治疗：南瓜子仁 50～90g，研成细粉。槟榔 80g 置于 500ml 水中煮 1h，浓缩至 200ml 左右。晨空腹服，先服南瓜子仁粉，2h 后服槟榔煎剂，再过 0.5h 后服 50% 硫酸镁 60ml。少数患者有恶心、呕吐或腹痛等副作用。

囊 虫 病

囊虫病是猪肉绦虫的幼虫寄生在人体所致的疾病。因摄入猪肉绦虫卵而感染。囊虫主要寄生在皮下组织、肌肉与中枢神经系统，其中以脑囊虫病最为严重。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：在囊虫病流行区，有生食或半生食猪肉史，尤其过去有大便中排节片史者，应进行粪便检查有无绦虫卵与节片。

（二）临床表现：

1. 脑囊虫病：依囊虫数量及分布部位而异。可出现各种不同类型的癫痫、阵发性头痛、呕吐、视力障碍、精神错乱等；较大的囊虫结节可引起占位损害，多数患者同时有皮下或肌肉囊虫病。

2. 皮下组织与肌肉囊虫病：约 2/3 囊虫病患者有皮下囊虫结节，数目多少不一，自 1～2 个至数百上千个，位于躯干与头部为多。黄豆大小，坚实、有弹性，与皮肤不粘连，可移动，无压痛。

3. 眼囊虫病：占囊虫病的 1.8% 左右，绝大多数为单眼，多寄生在玻璃体或视网膜。囊虫位于视网膜引起视力减退；位于玻璃体或前房内可见黑点或黑影飘动。

（三）实验室及其他检查：

1. 血象：多数正常，少数嗜酸性粒细胞轻度增多。

2. 脑脊液：囊虫性脑膜炎者脑脊液中白细胞轻度增多，以单核为主；蛋白质轻度增高；糖正常或略降低。

3. 免疫学检查：用猪囊尾蚴液纯化后作为抗原，与患者血清或脑脊

液进行酶联免疫吸附试验(ELISA)或间接血凝试验(PHA),检测特异性IgG抗体具有较高特异性与敏感性。

4.X线检查:头颅X线平片仅在少数脑囊虫病患者发现钙化阴影。

5.颅脑CT:阳性率高达90%以上,可显示囊虫寄生部位与数目。

6.脑电图检查:可见局灶或多灶慢波活动或弥散性慢波等,但无诊断特异性。

7.颅脑核磁共振图:可清楚显示脑内囊虫阴影。

【治疗】

(一)病原治疗:

1.吡喹酮:每日40~60mg/kg体重,分3次口服,连续3d,总剂量为120~180mg/kg体重。必要时2~3个月后重复1疗程。本药治疗囊虫病有良好效果。

2.丙硫苯咪唑:每日20mg/kg体重,等分2次口服,疗程10d。作用较吡喹酮温和与缓慢。脑型患者间歇2周后重复治疗,1~2个疗程。

(二)外科手术治疗:眼内囊虫病应进行手术摘除。脑室内囊虫引起急性脑脊液循环障碍则应急症手术。

蛔 虫 病

蛔虫病是蛔虫寄生于人体小肠所引起的疾病。病程早期当其幼虫在体内移行时可引起呼吸道与过敏症状;当成虫在小肠内寄生则可引起腹痛等肠道功能紊乱。大多数为无症状感染。

【诊断要点】

(一)临床表现:

1.蛔虫幼虫移行症:主要见于短期内吞食了大量蛔虫卵的患者。有低热与乏力,少数患者伴有荨麻疹或皮疹。咽部有异物感,阵发性咳嗽,痰少,偶尔痰中带血丝。两侧胸部可听到干啰音。胸部X线检查可见两侧肺门阴影增深,肺纹理增多为点状、絮状或片状浸润阴影。

2.肠蛔虫病:大多数无任何症状。常见腹痛,位于脐周。常有食欲减退与恶心,时而腹泻或便秘,常从大便中排出蛔虫或呕吐出蛔虫。儿童偶尔可引起惊厥、夜惊、磨牙、异食癖等。

(二)实验室检查:

1. 血象：蛔虫幼虫在体内移行时，白细胞总数与嗜酸性粒细胞增多。

2. 大便中见到成虫或涂片镜检发现虫卵。

[治疗]

(一)驱虫治疗：

1. 甲苯咪唑：200mg，1 次顿服。

2. 丙硫苯咪唑：400mg，1 次顿服。一般无副作用，偶尔可有轻泻与腹痛，均可自行缓解。

3. 哌哔嗪(驱蛔灵)：成人剂量为 3g；儿童按 80～100mg/kg 体重计算，空腹或晚上 1 次顿服，连服 2d。

4. 双萘羟酸噻嘧啶：成人 500mg(基质)，1 次顿服。儿童 10mg/kg 体重，1 次顿服。

5. 左旋咪唑：成人 150～200mg，1 次顿服。儿童 2.5mg/kg 体重，1 次顿服。

(二)中医治疗：脐腹疼痛，时作时止，贪食异嗜，面黄肌瘦，小儿发育迟缓。治疗以驱虫为主。腹痛剧烈时，用安蛔汤；若肢凉者，可加干姜、桂枝、附子；苔黄脉数者，可加龙胆草、黄连、茵陈；体虚者，加党参、当归。待驱虫后，再调理脾胃。

(三)针灸治疗：

1. 体针：排虫时取大横，配足三里、阳陵泉。一般连针 3d 后可排虫。脐周痛取中脘、大横、足三里；呕吐加内关。体虚时，可用艾条温灸脾俞。

2. 穴位注射：在鸠尾、中脘、阳陵泉、足三里、合谷等穴，分别皮内注入注射用水 0.5ml。

(四)单验方：

1. 使君子肉 30g，炒黄。儿童 3～6g，成人 6～9g，每晨空腹 1 次，连服 3d。用药过多，有呃逆、恶心、头晕等反应。

2. 苦楝根皮水煎服。成人剂量为：干品 1～2g/kg 体重；新鲜品 3～5g/kg 体重，连服 3 次。反应同上。

3. 槟榔(炒焦)15g，研细末，晨空服 6g，连服 3d。

4. 石榴皮 30g，水煎晨服，连服 3d。

(五)饮食疗法：榧子用砂土炒熟，取仁研为米粒大小，与米粥同食。

包 虫 病

包虫病又名棘球蚴病，是人体感染棘球绦虫的幼虫所致的疾病。我国有2种不同虫种的包虫病：囊型包虫病与泡型包虫病。人因摄入棘球绦虫卵而感染。临床上以肝包虫病最多见，肺部次之，脑、骨骼等其他器官偶尔也被侵犯。

一、囊型包虫病(细粒棘球蚴病)

【诊断要点】

(一)流行病学资料：凡在流行区有与狗密切接触史。

(二)临床表现：临床表现视其寄生部位、囊肿大小与有无并发症而异。

1. 肝囊型包虫病：最常见，多位于右叶(80%－85%)，左叶占15%～20%。常接近肝脏表面，主要症状是右上腹无痛性肿块、表面光滑质度较坚。较大的包虫囊压迫门静脉引起门静脉高压症：脾肿大、食管下段静脉曲张或腹水。包虫囊穿破是常见而严重的并发症，可引起过敏性休克和囊液中头节播散移植至腹腔或胸腔内产生多发性继发包虫囊肿。

2. 肺囊型包虫病：多见于右肺下叶。早期肺包虫囊较小，患者无自觉症状，可经X线透视时发现。肺包虫囊长大则可引起胸痛、咳嗽、痰中带血等症状。囊肿穿破至支气管可引起呛咳、呼吸困难，大量囊液溢出可引起窒息。

3. 脑囊型包虫病：发病率在1%左右，多见于儿童，以顶叶为常见，大多伴有肝与肺包虫病。症状为头痛、视神经乳头水肿等颅内高压征，常有癫痫发作。

(三)实验室检查及其他：

1. 血象：白细胞计数大多正常。嗜酸性粒细胞轻度增高。

2. 超声检查：B型超声检查具有简便、快速、无损伤的优点，可测定其部位、大小与数目。

3. X线检查：肺包虫囊患者X线胸片可见大小不一、孤立或多个圆形或椭圆形、边缘清晰、均质的阴影。

4. CT：肝与肺囊型包虫病可见边缘光滑均质的囊性阴影。

5. 皮内试验：以囊液抗原0.1～0.2ml注入前臂内侧皮内，阳性者

15～20min 后出现红色丘疹。

6. 血清免疫学试验：包括琼脂扩散、对流免疫电泳、间接血凝与酶联免疫吸附试验等，但与囊虫病可呈交叉反应。

【治疗】

（一）手术治疗：巨大的肝囊型包虫病应采取手术治疗。手术时应先抽尽囊液，注入 2%～5% 甲醛溶液 5～10min，以杀死包虫，取出子囊，并将内囊摘除。

（二）药物治疗：丙硫苯咪唑每日 10～20mg/kg 体重，分 2 次服，1 个月为 1 疗程。间隔半月后，重复治疗，疗程以 1 年或 1 年以上为宜。本药的毒副作用较轻，偶尔可引起可逆性白细胞减少与一过性血清谷丙转氨酶升高。该药有胚胎毒与致畸作用，故孕妇禁忌。

二、泡型包虫病（泡型棘球蚴病）

泡型包虫病是泡状棘球绦虫（多房棘球绦虫）的幼虫寄生人体所致的疾病，主要寄生在肝脏，产生浸润增殖性病灶，并可通过血运，转移至肺、脑等器官。

【诊断要点】

（一）流行病学资料：患者来自流行区或在流行区有居住史。

（二）临床表现：潜伏期甚长，可达 10～20 年或以上。起病缓慢，早期无症状。患者常因上腹肿块或右上腹隐痛就医。肝脏显著肿大，质坚硬，表面有结节。

（三）实验室及其他检查：

1. 肝功能损害，如血清球蛋白增高，白蛋白降低，碱性磷酸酶升高，而谷丙转氨酶可能正常。部分患者病程晚期出现梗阻性黄疸。

2. 包虫皮内试验或血清免疫学试验阳性。

3. 肝 B 型超声检查可见大块占位性实质肿块，边缘不规则，内部结构紊乱，其中心坏死液化。

4. 上腹部 X 线平片常可见簇集性斑点状钙化阴影。

本病须与原发性肝癌鉴别：原发性肝癌病程短，病情恶化快，血清甲胎蛋白常为阳性。

【治疗】

（一）肝脏病变大而局限者可考虑手术完全切除。

（二）药物治疗：本病不论手术与否，均应给予丙硫苯咪唑治疗，剂量同囊型棘球蚴病，疗程为2～4年。

第二章　内　科

第一节　呼吸系统疾病

急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是鼻、咽或喉急性炎症的总称。大多数由病毒引起，部分为细菌引起。常见的有鼻病毒、副流感病毒、埃可病毒，呼吸道合胞病毒，腺病毒等。细菌以甲型溶血性链球菌最多见。本病发病率高，传染性强，必须积极预防，及时治疗。

【诊断要点】

（一）好发于冬春季节，常有受凉、淋雨和过度劳累等诱因。

（二）鼻塞、流鼻涕、打喷嚏、咽干、头痛、乏力、咳嗽，可伴有发热、畏寒、肌肉酸痛等症状。

（三）查体所见主要是鼻咽腔粘膜充血水肿，部分患者可有口唇周围疱疹。肺部无异常体征。

（四）辅助检查：白细胞计数轻度减少，1～2d 后可能由于继发细菌感染而使白细胞总数轻度升高。胸部 X 线检查无异常发现。

（五）应排除伴有呼吸道症状的急性传染病。

【治疗】

（一）对症治疗：全身症状显著者应卧床休息，进半流质饮食，发热头痛可服用复方阿斯匹林。咽痛可含服草珊瑚片、健民咽喉片等；或者用淡盐水嗽口。流鼻涕及鼻塞显著或有呼吸系统过敏史者，可用扑尔敏等。咳嗽重者可选用化痰止咳的中西药物。

（二）抗菌药物：大多数急性上呼吸道感染由病毒引起，一般不必用抗生素。继发细菌感染或由细菌引起者可根据情况选用口服抗生素或肌肉

注射青霉素、链霉素等。

(二)中医治疗：

1.风寒型：恶寒重，发热轻，头痛，无汗，四肢酸痛，鼻塞流涕，咯痰清稀，舌苔薄白，脉浮紧。治法：辛温解表。方药：荆防败毒散。

2.风热型：发热重，恶寒轻或有汗，咽喉肿痛，咳嗽，痰稠，头痛，舌苔薄白或微黄，脉浮数。治法：辛凉解表。方药：银翘散。

3.挟暑型：恶热，头晕痛，心烦口渴，尿赤，苔黄腻，脉濡数。治法：解表清暑，芳香化湿。方药：新加香薷饮。

4.挟湿型：恶寒，身热不扬，头胀如裹，肢体酸重，精神困倦，舌苔白腻，脉缓。治法：祛风散湿。方药：羌活胜湿汤。

另外可辨证选择下列中成药：感冒通、感冒清、速效伤风胶囊及藿香正气丸。

(四)针灸治疗：

1.体针：主穴取风池、大椎，配穴取曲池、天突、太阳、丰隆。

2.灸法：风门、大椎、太阳、尺泽、合谷、足三里。艾条温和灸。

3.拔罐：在背部沿督脉和膀胱经走行方向拔走罐，或取大椎、风门和大椎、肺俞，2组穴位交替使用。均先针刺再留针拔罐。

4.耳针：取肺、气管、内鼻、耳尖、三焦。

5.穴位贴敷：取菊花、葱白、淡豆豉各20g，荆芥、连翘各12g，防风10g，柴胡6g。共捣烂，用水调成饼状，贴敷太阳、大椎、合谷、劳宫、足心。

6.穴位注射：取大椎、曲池，用50%安乃近注入大椎穴0.5ml。发热可加曲池。

(五)推拿疗法：

1.摩掐面部，分推前额，揉拿大椎、阳关，拿提背脊，点揿合谷。适用于风寒型。

2.扪揉太阳，分推前额，推运正顶，分推枕后，揉拿风池，抚摸背脊、点揿合谷。适用于风热型。

(六)单验方：

1.苏叶、生姜各12g，红糖适量。水煎，顿服。适用于风寒型。

2.用生姜、葱白、核桃仁、细茶、黑豆各等份，煎汤熏头面得汗。

(七)饮食疗法：

1.生姜、大蒜各6g,红枣15g。水煎,顿服。适用于风寒型。

2.豆豉15g,葱白1根。水煎服。

3.莲叶梗30g、柳叶6g、薏苡仁15g、扁豆15g,水煎服。适用于风热、挟暑、挟湿型。

急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由于感染、物理、化学刺激或过敏引起的气管-支气管粘膜的急性炎症。临床上要症状有咳嗽和咯痰。

【诊断要点】

(一)常有急性上呼吸道感染、物理、化学刺激及过敏史等。

(二)咳嗽为主要症状,开始为干咳或少量粘液性痰,后可转为粘液脓性,痰量增多,咳嗽加剧。偶而痰中带血。部分患者有胸骨后不适感或钝痛。咳嗽、咯痰可持续2-3周才消失。

(三)全身症状较轻,可有发热,体温38℃左右,多于3~5d降至正常。

(四)体检两肺呼吸音粗糙,散在干、湿性啰音,啰音的部位常不恒定,咳嗽后减少或消失。

(五)辅助检查:

1.白细胞计数和分类多无明显改变。继发感染较重时,白细胞可升高。

2.X线检查大多数正常或肺纹理增多。

【治疗】

(一)对症处理:适当休息,注意保暖,多饮开水。干咳无痰时选用克咳敏10mg,3次/d,口服。严重者用可待因15~30mg,3次/d,口服;或选用热蒸汽吸入或生理盐水超声雾化吸入。痰稠不易咯出时,用必嗽平8~16mg、强利痰灵0.25~0.5g,3次/d,口服。胸闷及有哮鸣音时,用氨茶碱0.1~0.2g,3次/d,口服。发热、全身不适时,选用复方阿斯匹林等。

(二)抗生素:可根据临床情况选用,如红霉素0.25g,4次/d,饭后服。头孢氨苄0.25~0.5g,3次/d,口服。病情严重原有慢性阻塞性肺气肿的患者也可肌肉注射青霉素80万u、链霉素0.5g,2次/d;或静脉滴注抗生素。

(二)部分患者剧咳不愈、抗生素治疗无效时,可试用小量激素,如强的松 5～10mg,3 次/d,口服,一般服 3～5d 可有效,否则停服。

(四)中医治疗:

1. 风寒犯肺:起病快,咯稀薄或白稠痰,头痛,微发热,舌苔薄白、脉浮。治法:疏风散寒,宣肺化痰。方药:止嗽散。

2. 风热犯肺:脉浮数。治法:疏风清热,肃肺化痰。方药:桑菊饮。

3. 痰热蕴肺:咳嗽,痰少,气促,胸痛,面红,咽干口渴,舌红、苔薄黄,脉滑数。治法:清热化痰。方药:桑白皮汤。

此外还可根据辨证选用下列中成药:半夏止咳糖浆、川贝枇杷止咳糖浆、鲜竹沥、蛇胆川贝液。

(五)针灸治疗:

1. 体针:主穴取膻中、天突,配穴取丰隆、曲池、足三里。每次取主穴 1～2 个。痰多加丰隆;发热加曲池;失眠、体弱加足三里。

2. 灸法:取风门、大杼、身柱、膈俞、肾俞、肺俞、中府、膻中、中脘、尺泽、丰隆。艾条温和灸。

3. 耳针:取肺、气管、神门。

4. 拔罐:大椎、风门、肺俞、膏肓、膈俞;或沿督脉及脊柱两侧拔走罐。隔日 1 次。

5. 穴位注射:体穴:廉泉、天突;耳穴:肾上腺、平喘。用胎盘组织液注入耳穴,每穴 0.1ml,余药注入体穴。晚饭后施治。

(六)推拿疗法:推揉太阳穴 30 次,提拿风池穴 10 次,按柔天突穴 20 次,分推膻中穴 1min,推揉乳根穴 20 次,按揉肺俞穴 20 次,分推肩胛骨 100 次,按揉定喘穴 20 次。

(七)单验方:

1. 苏叶、杏仁各 10g,煎服,3 次/d。适用于风寒型。

2. 野菊花 30g、白茅根 30－60g、白糖或冰糖 30g,水煎服,用于挟暑、挟湿型。

3. 菊花、麦冬各 30g。泡水服。适用于风热型。

(八)饮食疗法:

1. 白萝卜 1 个、白胡椒 5 粒、生姜 3 片、陈皮 1 片。水煎汤饮。适用于寒证多痰。

2. 鲜白萝卜切为薄片，捣汁，每次取100ml，选用此粳米100g，加萝卜汁500～800ml，煮为稀粥，早、晚温热服食。

慢性支气管炎

慢性支气管炎由多种有害因素引起的气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。病情缓慢，多发生于中老年人，反复发作可发展为阻塞性肺气肿和肺源性心脏病。

【诊断要点】

(一)常有吸烟史，有大气污染、感染、寒冷或其他理化因素刺激等病因。

(二)以咳嗽、咯痰为主要症状，或伴有喘息，上述症状反复发作每年患病至少3个月，并持续2年以上，排除其他心肺疾病。

(三)慢性咳嗽，粘液泡沫痰，清晨和傍晚尤甚，症状逐年加重。

(四)早期无异常体征，急性发作期常有散在的干、湿性啰音，多在背部及肺底部，于咳嗽后减少或消失。

(五)辅助检查：

1. X线检查早期可无异常，病变反复发作，可见两肺纹理增粗、紊乱，呈网状或条状、斑点状阴影，以下肺野较明显。

2. 肺功能检查：可有小气道功能损害或阻塞性通气功能障碍。

【治疗】

(一)病因治疗：戒烟，避免冷空气、刺激性烟雾、粉尘等理化刺激因素，有慢性上颌窦炎、咽炎者应积极治疗。

(二)急性发作期及慢性迁延期的治疗：

1. 控制感染：视病情的严重程度选用敏感的抗生素治疗。青霉素80万u，2次/d，肌肉注射。链霉素0.5g，2次/d，肌肉注射。病情严重者可选用青霉素、氨苄青霉素静脉滴注，病情改善后，可改用口服抗生素巩固治疗，选用螺旋霉素0.2～0.3g，3次/d，口服；麦迪霉素0.2～0.3g，3次/d，口服；复方新诺明2片，2次/d，口服。

2. 祛痰镇咳：强利痰灵0.25～0.5g，3次/d；必嗽平8～16mg，3次/d；克咳敏5～10mg，3次/d，口服。也可选用鲜竹沥10ml，2次/d，口服。对年老体弱无力咳嗽者或痰量较多者应以祛痰为主，用协助排痰、通

畅呼吸道的药物，而不应选用强烈镇咳药物(如可待因)，以免抑制呼吸中枢及加重呼吸道阻塞和炎症而导致病情恶化。

3. 解痉平喘：常选用氨茶碱 0.1g，3 次/d；β_2 受体激动剂，如舒喘灵 2.4～4.8mg，3 次/d，口服；博利康尼 1.25～2.5mg，3 次/d，口服。

(三)缓解期治疗：以中医中药扶正固本，免疫疗法，增强体质，提高抵抗力和预防急性发作为主。

(四)中医治疗：

1. 寒饮伏肺：久咳不愈，冬季加重，痰白多泡沫，怕冷无汗，苔白滑，脉濡滑。治法：温肺化饮。方药：小青龙汤。

2. 痰湿伏肺：咳嗽反复发作，咳声重浊，痰白而粘，胸闷，食少，苔白腻，脉滑。治法：燥湿化痰。方药：半夏厚朴汤。

3. 肺肾两虚：咳嗽久作，呼多吸少，动则益甚，痰稀色白，畏寒肢冷，苔白而滑，脉沉细无力。治法：温肾补肺。方药：肾气丸加党参、半夏、陈皮、甘草。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取肺俞、脾俞、足三里、丰隆。脾虚加内关、膻中、阳陵泉、中脘；肾虚加膏肓、天突、定喘；剧咳加孔最、列缺。

2. 灸法：取大椎、膏肓、肺俞。脾虚加脾俞、足三里；肾虚加肾俞。艾炷灸。

3. 拔罐：取风门、肺俞，单罐拔吸。

4. 耳针：主穴取神门、肺、气管。配穴取定喘、大肠、肾、脾、交感。

5. 穴位注射：平喘、肺俞。用胎盘组织液做双侧注射。

6. 穴位贴敷：将公丁香 0.5g、肉桂 5g、麻黄 5g、苍耳子 3g、白芥子 3g、半夏 3g，共研细末，用酒精调成糊状，外贴神阙穴，用胶布固定。48h 换 1 次，10 次为 1 疗程，连用 3 个疗程，疗程间歇 5～7d。

(六)埋线疗法：取天突或膻中，肺俞透厥阴俞，中府透云门，孔最透列缺。

(七)推拿疗法：患者坐位。推揉项背部，点按大椎穴，搓运夹脊，点按肺俞、肝俞。

(八)气功疗法：内养功：在空气清新的环境中，两足分立同肩宽，端坐于椅上，头微前倾，腰背自然直立，两膝关节弯曲 90°，脚置于地面。两臂

自然下垂，掌心向下，放于两腿之上，以鼻呼吸或口鼻兼用。先行吸气，不停顿，随之徐徐呼气，呼毕再行停顿，形式为吸－呼－停。吸气时默念“自”字，同时舌向上抵腭；停顿时默念“己”字，舌不动；呼气时默念“静”字，舌随之落下。周而复始。练功时要思想集中，情绪安定，松衣解带，意守丹田。每日练4～6次，每次30～60min。

（九）单验方：

1. 五味子30g，苏梗、人参各6g，冰糖100g。水煎服。适用于肺脾两虚。

2. 山药120g、天冬30g，水煎服。适用于肺肾两虚。

（十）饮食疗法：

1. 生萝卜250g、鲜藕250g、梨2个，切碎绞汁，加蜂蜜250g。热咳者可生服，寒咳者将汁蒸熟并加入3～5滴姜汁后服用。

2. 川贝5g、冰糖15g（或百合30g、蜂蜜1匙）与梨同蒸，同服。适用于热咳。

慢性阻塞性肺气肿

慢性阻塞性肺气肿是由慢性支气管炎或其他原因逐渐引起的细支气管狭窄，终末细支气管远端气腔过度充气，并伴有气腔壁膨胀、破裂。临床上伴有不同程度的呼吸功能损害，严重者发生呼吸衰竭。

【诊断要点】

（一）发病缓慢，常有慢性咳嗽、咯痰、喘息等病史。

（二）有逐渐加重的呼吸困难，早期仅在劳动、上楼或登山时有气促。随着病情的发展，在平地活动时，甚至在静息时也感到气短。

（三）气候骤变易致慢性气管炎急性发作，支气管分泌物增多，进一步加重通气功能障碍，胸闷、气短加重。严重时则出现呼吸衰竭，如紫绀、头痛、嗜睡、神志恍惚等。

（四）早期体征多不明显，典型者有桶状胸，叩诊呈过清音，肝浊音界下移，心浊音界缩小或消失，心音遥远，双肺呼吸音减低，呼气延长，并发感染时可闻及湿啰音。如剑突下出现收缩期搏动及其心音较心尖部明显增强时，提示合并早期肺心病。

（五）辅助检查：

1. 血常规：有红细胞增多，血红蛋白增高。

2. X 线检查：胸廓扩张，肋间隙增宽，肋骨平行，活动减弱，膈肌下降且变平，两肺野的透亮度增加，心脏常呈垂直位，心影狭长。

3. 呼吸动能检查：残气量增加，残气/肺总量之比值大于 40%，最大通气量低于预计值的 80%，第 1s 时间肺活量常低于 60%，肺泡氮浓度高于 2.5%。

4. 血液气体分析：如出现明显缺氧及二氧化碳潴留时，则动脉血氧分压降低，二氧化碳分压升高，并可出现失代偿性呼吸性酸中毒，pH 值降低

【治疗】

（一）戒烟，积极治疗慢性支气管炎等原发病，注意休息，避免受凉，饮食应易消化，保持大便通畅。

（二）合并呼吸道急性感染时，应用有效的抗生素、祛痰药和支气管解痉药。

（三）康复治疗：根据身体状况选择气功、太极拳、家庭氧疗，加强呼吸运动锻炼，可改善早期肺气肿患者的症状；腹式呼吸锻炼，可加强膈肌活动，增加有效通气量，以达到改善呼吸功能的目的。

腹式呼吸锻炼的方式如下：取立位（亦可坐位或仰卧位），一手放于前胸，一手放在腹部，做腹式呼吸，吸气时尽力挺腹，胸部不动；呼气时腹部内陷，尽量将气呼出。呼吸须按节律进行，吸与呼时间之比为 1∶2 或 1∶3。用鼻吸气，用口呼气，呼气时口唇收拢，做吹口哨样，胸向前倾，要求深吸缓呼，不可用力，每分钟呼吸保持在 7～8 次。每日锻炼 2 次，每次10～20min，坚持进行，就会逐渐取得效果。

（四）中医治疗：肺肾气虚：脸呈猪肝色，口唇及四肢末端有不同程度的紫绀，胸闷，气促气短，舌紫暗，脉细弱。治法：补肺益肾，纳气平喘。方药：全匮肾气丸合补肺汤加减。若见喘脱危象者，急加参附汤送服黑锡丹补肾纳气，回阳固脱。

（五）针灸治疗：

1. 体针：取天突、膻中、肺俞、中脘、尺泽、内关、丰隆，用泻法，适用于痰浊壅肺。取肺俞、肾俞（艾灸）、太渊、关元（艾灸）、内关、足三里、太溪，用补法，适用于肺肾两虚。

2. 耳针：肺、肾、交感、平喘、肾上腺、胸。

3. 皮肤针：取背部督脉和膀胱经，循经轻度叩刺。

（六）气功疗法：取站桩式，意守涌泉穴，吸气时意念引气从涌泉经会阴贯入丹田，呼气时从丹田至命门，通过会阴下达涌泉。属阴虚证应吸长呼短，属阳虚证应呼长吸短。每日练功1～2次，每次20～30min。

（七）单验方：

1. 葶苈子粉3～6g，装胶囊，3次/d，饭后分服。

2. 黄豆面、老醋、旱三七各适量，合捣，敷前胸。

3. 胡桃仁1～2个、生姜1～2片，一并细嚼吃，每日早晚各1次。

慢性肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病（简称肺心病）是由肺组织、胸廓或肺动脉的慢性病变引起的肺循环阻力增加，肺动脉高压，进而导致右心室肥大，甚至右心衰竭的心脏病。多在40岁以上发病，随年龄增长而患病率增高，急性发作以冬春季多见，死亡率较高。绝大多数患者有慢性支气管炎、肺气肿病史，少数有支气管哮喘、支气管扩张、广泛肺结核等肺疾患。

【诊断要点】

（一）有慢性支气管炎、支气管哮喘、重症肺结核、支气管扩张或矽肺等病史。

（二）肺心功能代偿期：

1. 原发病表现：慢性咳嗽，咯痰，气喘。逐步出现乏力、呼吸困难。

2. 肺气肿征象：活动后气短、心悸、轻度紫绀，体征为桶状胸，肺部叩诊呈过清音，肝浊音界下降，心浊音界缩小甚至消失，听诊呼吸音减弱，肺底常有啰音，心音遥远，有时心音只能在剑突下处听到。

3. 肺动脉高压征：肺动脉瓣区第二心音亢进和上腹部剑突下有明显的心脏搏动，三尖瓣区可闻及收缩期杂音。

（三）肺心功能失代偿期：

1. 心力衰竭：主要为右心衰竭，有食欲不振、腹胀、恶心、呕吐、上腹胀痛、紫绀、颈静脉怒张、肝肿大及双下肢浮肿等。

2. 呼吸衰竭：

（1）低氧血症：紫绀，呼吸困难，心率增快，反应迟钝，谵妄，抽搐和昏

迷等。

(2)肺性脑病:头痛、头胀、烦躁不安、言语障碍、幻觉、精神错乱、抽搐和震颤,严重者神志淡漠、嗜睡或昏迷。

(四)辅助检查:

1. X线检查:除基础疾病及急性肺部感染的特征外,尚可有肺动脉高压征。

(1)右肺下动脉干扩张,其横径≥15mm;其横径与气管横径比值≥1.07;或经动态观察较原右肺下动脉干增宽2mm以上。

(2)肺动脉段明显突出或其高度≥3mm。

(3)斜位见肺动脉圆锥显著突出或其高度≥7mm。

(4)右心室增大征。

2. 心电图:主要为右心室肥大的改变,包括电轴右偏,额面平均电轴≥+90°,重度顺钟向转位,$R_{V1}+S_{V5}\geq 1.05mV$以及肺型P波。由于膈肌降低及重度顺钟向转位,在V_1、V_2甚至V_3,可出现QS波,应注意与陈旧性前间壁心肌梗死做鉴别。

3. 血气分析:呼吸衰竭时氧分压降低<8.0kPa(60mmHg),二氧化碳分压增高>6.7kPa(50mmHg)。

4. 血常规:红细胞和血红蛋白增高,并发感染时,白细胞总数和中性粒细胞增高。

5. 超声心动图示肺动脉内径增大,右心室流出道增宽,右心室增大,室壁及室间隔增厚。

6. 肺功能检查示通气及换气功能障碍。

【治疗】

(一)急性加重期的治疗:

1. 积极控制呼吸道感染:目前多主张联合用药,常用青霉素400万~800万u加入糖盐水500ml静脉滴注,1次/d;或氨苄青霉素3.0g加10%葡萄糖20ml静脉推注,2次/d;链霉素0.5g,2次/d,肌注。效果不好时,3~5d后加用头孢氨苄0.5g或麦迪霉素0.2~0.3g,3次/d,口服;对青霉素过敏者可用红霉素1.2g,加氯霉素1.5g加液体中静脉滴注。

2. 改善呼吸功能:

(1)吸氧宜采用低流量持续给氧法,0.5~2L/min,氧浓度以25%~

30％为宜。

(2)保持呼吸道通畅：

1)止咳、平喘、化痰药物应用。

2)咯痰无力或痰粘稠时可用α糜蛋白酶等吸入。

3)危重患者可行气管插管或呼吸机辅助呼吸。

4)呼吸兴奋剂：通气不足伴明显的缺氧和二氧化碳潴留者，可用可拉明首次(0.75g)静注后立即以10支(3.75g)加入5％葡萄糖液500ml静脉滴注维持。

5)禁用或慎用镇静剂，以免抑制呼吸中枢。

3．控制心力衰竭：轻度心力衰竭给予吸氧、改善呼吸功能、控制呼吸道感染后，症状即可减轻或消失。目前多数人认为加用利尿剂能更快控制心力衰竭。如果心力衰竭控制欠满意，再考虑使用强心药物为妥。

(1)利尿剂应用：双氢克尿塞25mg，口服，1～3次/d；氨苯喋啶50mg，3次/d，口服；安体舒通20mg，3次/d，口服。双氢克尿塞为碱化排钾利尿剂，氨苯喋啶为酸化保钾利尿剂，二者合用，疗效较好。对重度水肿者可用速尿20～40mg加入25％葡萄糖液20ml中静脉推注。

(2)慎用小量快速强心剂：肺心病由于缺氧及感染故对洋地黄类药物的耐受性很低，有效量与中毒量很接近，容易出现各种心律失常等毒性反应，用常规剂量的1/2～2/3。常以毒毛旋花子甙K 0.125～0.25mg或西地兰0.2～0.4mg，加25％～50％葡萄糖液中静脉缓注。

(3)血管扩张剂的应用：血管扩张剂，如酚妥拉明使用时可以10～20mg加入10％葡萄糖液500ml内静滴；最近有人用酚妥拉明10mg和肝素50mg加入10％葡萄糖液500ml中缓慢滴注，1次/d。静滴时严密观察血压，调整滴速，以免血压剧降。

4．在有效抗生素控制下应用激素：强的松5～10mg，3次/d，口服；或地塞米松10mg加液体静脉滴注。短期使用对救治呼吸衰竭及心力衰竭有良好作用。

5．控制心律失常：一般房性心律失常可随缺氧纠正，病情好转而消失。如未消失又未用过洋地黄制剂者，可选用小量西地兰或地高辛。对频发室性早搏、室性心动过速，可选用利多卡因、乙胺碘呋酮等药物。

(二)缓解期的治疗：

1. 防治肺部原发疾病和呼吸道感染。

2. 改善肺心功能，提高机体抗病能力，戒烟，适当锻炼。

3. 提高机体免疫能力，减少感冒发生。

(三)中医治疗：

1. 风寒犯肺：咳喘气短，痰多白沫，心悸，腿肿，恶寒发热，舌淡、苔薄白，脉浮紧。治法：疏风散寒，化痰平喘。方药：参苏饮。

2. 痰热壅肺：咳喘痰黄，发热或不发热，舌红、苔黄腻，脉弦滑数。治法：清热化痰，止咳平喘。方药：麻杏石甘汤。

3. 肺肾气虚：喘息抬肩，痰稀胸闷，腰酸腿软，唇紫，舌胖、质紫暗、苔白滑，脉沉细。治法：温肾纳气。方药：金匮肾气丸。

4. 脾肾阳虚：咳喘痰清，心悸气短，全身浮肿，面色灰暗，肢冷，舌淡、苔薄，脉沉细。治法：温阳利水。方药：真武汤。

5. 痰浊阻肺：咳喘痰鸣，胸胁胀满，苔腻，脉滑。治法：泻肺逐痰。方药：葶苈大枣泻肺汤、三子养亲汤合二陈汤。

(四)针灸治疗：

1. 体针：膻中、内关、肺俞、心俞、脾俞、肾俞。

2. 耳针：肺、心、肾、内分泌、胸。

(五)单验方：

1. 全瓜蒌、葶苈子各 30g，水煎服。

2. 猪睾丸 1 个，烘干研粉，冲服，每次 2g，3 次/d。

以上 2 方适用于急性病症。

3. 枇杷叶、鱼腥草各 30g，桑叶 15g。水煎，做茶饮。

4. 半夏曲 90g，水煎，每次冲服川贝粉 3g，3 次/d。

以上 2 方适用于慢性病症。

(六)饮食疗法：

1. 雪梨 2 个，百合 100g，薏苡仁 50g，大枣、银耳各 30g，冰糖 60g。将雪梨、大枣去核，与其他药一起加水煮烂，早晚服，每剂服 3d，连服 5 剂。适用于本病的各型。

2. 羊乳 30g，沙参、补骨脂、益母草各 15g，加糖浓煎，1 次/d，口服。

支气管哮喘

支气管哮喘是抗原性或非抗原性刺激引起的一种气管、支气管反应性过度增高的疾病，简称哮喘。临床主要表现为发作性带有哮喘音的呼气性呼吸困难。大多数在12岁以前发病。20%有家族史。发病率约占人口的1%。

【诊断要点】

(一)有反复发作哮喘史，具有明显的对多种过敏原的变态反应史，以及呼吸道感染、寒冷空气、刺激性气体等生物、物理、化学和精神神经因素所诱发。

(二)发作前有先兆症状，如鼻痒、喷嚏、流涕、咳嗽、胸闷等。继而出现带有哮鸣音的呼气性呼吸困难。经数分钟或数小时后自行或在用药后缓解。发作将停时，常咯出较多稀薄痰液，气促减轻，恢复到发病前状态。

(三)部分患者哮喘发作严重，持续24h以上，经治疗无效者称哮喘持续状态。其发生和感染未能控制，过敏原未能去除，体液损耗过多，精神过度紧张有关。表现为呼吸困难明显加重、烦躁不安、大汗、紫绀、奇脉，并可有低氧血症和高碳酸血症。

(四)哮喘发作时，患者胸廓胀满，呈吸气位，呼吸幅度小。呼气期有两肺广泛哮鸣音，有时不用听诊器亦可闻及。长期发作者可并发肺气肿，出现肺气肿征。如合并呼吸道感染，干、湿性啰音同时存在。有时哮喘发作严重，呼吸困难加剧，哮鸣音反而减少。

(五)辅助检查：

1. 血常规：发作时嗜酸细胞可增高，如并发感染白细胞增高。

2. 肺功能检查：阻塞性通气功能障碍，哮喘发作时1s用力呼气容积(FEV1)、最大呼气流量(PEF)和用力肺活量(FVC)降低。

3. 血气分析：轻度表现过度通气、二氧化碳分压降低、pH值升高，为呼吸性碱中毒。病情较重者，可出现低氧血症和高碳酸血症，即为氧分压(PaO_2)升高、pH值降低，为呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒。

4. X线检查：哮喘发作时可见两肺透明度增加，呈过度充气状态。在缓解期无明显异常。

5. 皮肤敏感试验：缓解期做皮肤试验，可检出外源性哮喘的过敏原。

【治疗】

(一)消除病因,应避免或消除引起哮喘发作的各种诱发因素。

(二)控制急性发作:

1. 氨茶碱类药物:氨茶碱具有抑制磷酸二酯酶的作用,可使细胞内环磷酸腺苷的水平提高,缓解哮喘。氨茶碱0.1～0.2g,3次/d,口服。或氨茶碱0.25g加入25%葡萄糖20～40ml静脉缓慢注射。注射过速可致心律失常、血压下降、惊厥等反应,甚至死亡。

2.β_2受体兴奋剂:舒喘灵2.4～4.8mg,3次/d,口服;博利康尼1.25～2.5mg,3次/d,口服;氯喘2.5～5.0mg,3次/d,口服。上述药物作用一般能维持4～6h。可有头痛、头晕、心悸、手指颤抖等副作用。

3. 肾上腺皮质激素:轻症者不用,重症者可口服强的松10～20mg,2～3次/d,口服。5～7d症状缓解后停药。

4. 钙拮抗剂:目前试用,哮喘患者若用维拉帕米、硝苯吡啶口服或吸入,可达到阻止钙进入肥大细胞,以缓解支气管收缩。

5. 肾上腺素:1∶1 000水溶液,0.2～0.3ml皮下注射,需要时每隔10～15min注射1次。但若经2～3次注射无效,一般不宜继续注射。有心脏病、高血压者不宜用。本药与茶碱类联合使用疗效较好。

(三)促进排痰:

1. 祛痰剂:必嗽平8～16mg,3次/d,口服;强利痰灵0.25～0.5g,3次/d,口服。

2. 气雾吸入:湿化气道,稀释痰液,以利排痰。生理盐水60ml、α糜蛋白酶5mg、地塞米松5mg、庆大霉素8万u等进行雾化吸入,以溶解稠痰,有利排出,通畅呼吸道。

3. 机械性排痰:在气雾湿化后,护理人员注意翻身拍背,引流排痰,必要时可用导管协助排痰。

(四)积极控制感染:一般首选青霉素80万u、链霉素0.5g,2次/d,肌肉注射。麦迪霉素0.2～0.3g,3次/d,口服;螺旋霉素0.2～0.3g,3次/d,口服。感染较重者,可用青霉素640万u或氨苄青霉素6.0g加葡萄糖液或生理盐水中静脉滴注。

(五)哮喘持续状态的处理:

1. 氧疗,以纠正缺氧,1～2L/min。

2. 迅速解痉治疗：氨茶碱 0.25～0.5g 加入 5～10% 葡萄糖液 500ml 中静脉滴注；也可用氨茶碱 0.25～0.5g 加 10% 水合氯醛及温水各 10ml 保留灌肠。氨茶碱总量每日不超过 1.2～1.5g 为宜。

3. 补液：失水可使痰粘稠，形成痰栓阻塞小支气管，加重呼吸困难，故补液纠正失水对祛痰平喘很重要，一般用葡萄糖生理盐水(2:1)2 000～4 000ml/d静脉滴注。

4. 积极控制感染，选用有效抗生素治疗。

5. 祛痰剂和排痰措施相结合，以通畅气道。

6. 纠正酸中毒：酸中毒可降低支气管舒张剂的疗效。可用 5% 碳酸氢钠 100～200ml 静脉滴注，需要时可每隔 0.5～1h 用 50～100ml。或根据血气分析及酸碱度给药。一般每日量不超过 400ml。

7. 糖皮质激素应用：氢化可的松 100～200mg 或地塞米松 5～10mg，每 2～4h 静脉注射 1 次，症状好转后即减量或停药。

(六)缓解期处理：

1. 色甘酸二钠对过敏性哮喘及阿斯匹林性哮喘有较好的预防作用，此药每粒胶囊含 20mg，放入特制喷雾器内吸入，3～4 次/d，病情减轻后逐渐减少次数，至每日 1 次维持量。因不能立即起效，宜在好发季节前 1～2 周即开始使用，维持 4～8 周治疗时间。

2. 脱敏疗法：针对过敏原用脱敏法治疗，用过敏原制成不同浓度溶液，一般用 1:5 000、1:1 000、1:100 等几种浓度，剂量从低浓度0.05～0.1ml 开始皮内注射，每周1～2 次，逐周增加 0.1ml 至 0.5ml 后，提高 1 个浓度注射，15 周为 1 疗程。多在好发季节前 3 个月开始脱敏，连续 1～2 疗程，连续数年。

3. 适当锻炼身体，积极防治感冒，根治上颌窦炎等上呼吸道病灶。

4. 免疫疗法：应用左旋咪唑、转移因子及卡介苗划痕有一定疗效。

5. 戒烟。

(七)中医治疗：

1. 肺寒型：因寒冷突然发作，胸部胀闷，呼吸急促，喉间哮鸣，张口抬肩，咯痰清稀有白沫，口不渴，舌暗、苔薄白，脉浮紧。治法：温肺散寒，化痰平喘。方药：苏子降气汤。

2. 肺热型：怕热，呼吸急促，喉间哮鸣，胸闷，烦躁，咯痰黄稠，口渴喜

饮，舌红、苔薄黄，脉滑数。治法：清肺泄热，化痰平喘。方药：定喘汤加地龙、知母。

3. 肺虚型：面色㿠白，怕冷自汗，易感冒，气短声低，咯痰清稀色白，苔薄白，脉细弱。治法：补肺固卫。方药：玉屏风散合桂枝汤。

4. 肾虚型：面色苍白，形寒肢冷，动则心慌，腰酸腿软，气短息促，咯痰起沫，舌胖、苔白，脉沉细。治法：补肾纳气。方药：金匮肾气丸。

(八)针灸治疗：

1. 体针：实证：取膻中、肺俞、尺泽、列缺。风寒加风门；肺热加合谷、丰隆；喘甚加天突、定喘。虚证：取肺俞、膏肓俞、定喘、太渊、太溪。肾虚加肾俞、关元。

2. 灸法：取肺俞、膏肓俞、脾俞、肾俞，隔姜灸。适用于虚寒证。

3. 耳针：平喘、肾上腺、气管、皮质下、交感。喘甚加神门、枕或加刺耳尖放血。

4. 头针：双侧胸腔区。适用于过敏性支气管哮喘。

5. 穴位贴敷：

(1)将白芥子研末以清水调成糊，在哮喘发作时，敷于背部肩胛区，30～60min 擦掉。

(2)二白散：白芥子 3g、白胡椒 1.5g、细辛 0.6g，共研细末，用生姜汁调敷肺俞穴，4～6h 揭去，每 10d 贴敷 1 次，在三伏天共贴 3 次。若起水泡，可用消毒针头将水抽出，外擦龙胆紫液以防感染。

6. 穴位注射：取肺俞、膏肓、定喘、合谷、列缺，在哮喘发作时，用 0.1%肾上腺素溶液 0.1～0.2ml 注入定喘穴。未发作时可用胎盘组织液在每个穴位上注入 1～2ml。10d 为 1 疗程。

7. 拔罐：取穴：肺俞、身柱、灵台、督俞、膏肓、中脘、气海、大椎、中府、治喘。

(九)埋线疗法：取定喘、肺俞、大肠俞。

(十)割治疗法：膻中穴或大鱼际消毒后做一切口，膻中穴切口长约 1cm，大鱼际长约 5mm，剪去切口内的脂肪颗粒数粒，然后用止血钳进行局部按摩刺激，一般不需缝合切口，用消毒纱布包扎。

(十一)单验方：麻黄、川贝各 10g，杏仁 12g。麻黄、川贝研末，用梨 1 个去核，纳入药末各 2g、杏仁 7 粒、冰糖 1 块，置碗中蒸熟，每日吃 1～2

个。

(十二)饮食疗法：

1. 乌贼骨 500g、红糖 1 000g，将乌贼骨焙干研末，加入红糖调匀。成人每次服 20g，温水送下，3 次/d，连服半月。禁吃萝卜。

2. 甜杏仁 25g、苦杏仁 25g、冰糖 50g，用水 1 碗煎杏仁至大半碗，加冰糖溶化，1 次服。

支气管扩张

支气管扩张指支气管及其周围组织的慢性炎症，损坏管壁，以致支气管扩张和变形，多见于儿童和青年。主要症状有慢性咳嗽、咯脓痰和反复咯血。

【诊断要点】

(一)可有麻疹、百日咳、肺炎或呼吸道反复感染，以及异物吸入等。

(二)慢性咳嗽，咯脓性痰，每日可达 100～400ml，痰黄绿色，痰量在体位改变时，如起床时就寝后最多。

(三)多有反复痰中带血或小量咯血，少数干性支气管扩张患者只表现反复咯血。

(四)反复继发感染，可引起周身毒性症状，如发热、盗汗、食欲减退、消瘦、贫血等。

(五)病变范围较大时，局部可闻及持续存在的湿啰音，部分患者有杵状指(趾)。

(六)辅助检查：

1. 痰涂片或培养可找到致病菌。

2. X线检查：囊状支气管扩张在胸部平片上可隐约见到蜂窝状(卷发状)阴影，柱状支气管扩张常需支气管碘油造影才能证实。

【治疗】

(一)控制感染：急性感染发作期，选用青霉素 40 万～80 万 u，肌肉注射，2 次/d。链霉素 0.5g，肌肉注射，2 次/d。严重感染者可用氨苄青霉素 4～6g 或先锋霉素 2～4g 加液体静脉滴注，1 次/d。在慢性发作期间可用青霉素 5 万～20 万 u，溶于蒸馏水 2～4ml，雾化吸入，2～4 次/d；雾化吸入须在体位引流痰液排出后施行，使药物均匀地分布于病灶中。

(二)体位引流：按病变部位采取不同体位，一般采取顺位引流的方法，使病变部位处于高位，使主气管和肺叶支气管处于低位，以利于痰液咯出。2～4 次/d，每次 15～20min。

(三)祛痰剂：必嗽平 8～16mg，3 次/d，口服。氯化铵 0.3～0.6g，口服。

(四)咯血的处理：参见肺结核。

(五)手术治疗：凡反复感染、咯血、内科疗法不易控制且病变范围不超过二叶、无严重心肺功能障碍者，宜做肺叶或肺段切除术。

(六)中医治疗：

1. 风寒型：咳嗽，痰色白而稀薄，舌苔薄白，脉浮。治法：祛风散寒。方剂：杏苏散。

2. 风热型：咳嗽，痰少或黄稠，舌苔薄黄，脉浮数。治法：清热宣肺。方剂：桑菊饮。

3. 肺热型：干咳或痰少，反复咯血且量多，色鲜红有泡沫，胸痛、舌红、苔薄黄，脉数。治法：清肺凉血止血。方剂：十灰散或犀角地黄汤。若血多加藕节 30g、白茅 15g 或三七粉 3g(冲服)。

(七)针灸治疗：

1. 体针：取肺俞、孔最、鱼际。风燥伤肺加曲池、合谷；阴虚内热加百劳、然谷、尺泽；肝火犯肺加劳宫、行间、尺泽。

2. 灸法：取肺俞、曲池、尺泽、郄门、血海、天突，用艾条温和灸。

3. 耳针：取支气管、肾上腺、心脾、肾、皮质下、神门。也可用耳穴埋针法。

4. 穴位贴敷：取涌泉。用鲜大蒜 1 头，以独头蒜为好，去皮捣成泥状。用时取蒜泥 20g，分别贴敷双侧涌泉穴(先在局部涂少量植物油以防起泡)，每次贴 1～3h，1 次/d，连续 3d。

5. 穴位注射：取耳穴肾上腺、肺、膈、神门。用维生素 K_3，每穴注入 0.1ml，1 次/d。

(八)推拿疗法：

1. 患者坐位，提拿夹脊，点按肺俞，揉拿手三阴经，点按列缺、尺泽、曲池；患者仰卧位，提拿足三阴经，点按丰隆。适用于痰热蕴肺。

2. 患者坐位，搓运夹脊，点按肺俞、膏肓俞；患者仰卧位，医者双手分

别于左右胸部向两侧分推，点按天突、膻中、中脘。适用于肺寒不宣。

（九）单验方：

1. 鲜茅根 60g、白梨 60g、旱莲草 30g，捣汁，加蜂蜜 30g，频服。适用于肺阴虚证。

2. 乌贼骨、白芨各 10g，藕节 15g，水煎去渣。加蜂蜜调服，3 次/d 分服。

（十）气功疗法：参见慢性支气管炎。

肺炎球菌肺炎

肺炎球菌肺炎是肺炎链球菌引起的急性肺部感染（旧称大叶性肺炎），临床上以寒战、高热、胸痛、咳嗽和咯铁锈色痰为特点。

【诊断要点】

（一）常有受凉、淋雨、疲劳、醉酒、精神刺激、病毒感染史，约有半数病例有上呼吸道感染的先驱症状。多发于青壮年。

（二）起病急骤，有寒战、高热、胸痛、咳嗽、咯血痰或铁锈色痰。体温在数小时内上升至 39～40℃，伴头痛、衰弱、全身肌肉酸疼，可有恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。

（三）严重肺炎可有神经系统症状或引起感染性休克，如神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄和昏迷等，血压下降 10.6/8.0kPa（80～60mmHg），四肢厥冷，多汗，口唇和指端紫绀，但亦有体温不升者。

（四）早期肺部体征不明显，仅有轻度浊音、呼吸音减弱和胸膜摩擦音。实变期则有典型体征，如叩音浊，语颤增强和支气管呼吸音。消散期可闻及湿啰音。病变痊愈后，体征恢复正常。

（五）辅助检查：

1. 血常规：白细胞总数及中性粒细胞增高，并有核左移。

2. 血培养：20％的患者有肺炎球菌生长。

3. 痰液检查：痰培养可阳性，痰涂片可见大量白细胞和革兰阳性成对或短链状球菌。

4. X 线胸片：早期仅见肺纹理增重或一个肺段的淡薄均匀阴影，实变期可见大片的均匀致密的阴影。

【治疗】

（一）一般治疗：应卧床休息，注意保暖，鼓励多饮水，以 1～2L/d 为宜。必要时静脉补液。进易消化或半流质饮食。高热可用酒精擦身，或口服阿斯匹林 0.3g，3 次/d。有气急、紫绀缺氧症状者，以鼻导管给氧。刺激性咳嗽剧烈者可口服可待因 15～30mg，3 次/d。祛痰宜用氯化铵、棕色合剂。腹胀、鼓肠者可做局部热敷和肛管排气。

（二）抗菌药物治疗：各型肺炎球菌对青霉素 G 都敏感，故确定为肺炎球菌肺炎者单用青霉素 G 即可，每次 40 万～80 万 u，8h 1 次，肌肉注射；病情稍重者，则宜 400 万～800 万 u 青霉素 G 加液体静脉滴注，1 次/d。对青霉素过敏者，可用红霉素 1.5g/d，口服；林可霉素 0.6g，2 次/d，肌肉注射。抗菌药物的疗程一般为 1 周，或在热度退后 72h 停药。不必等待肺内炎症全部消失。

（三）感染性休克的治疗（参见感染性休克）除上述治疗外，还需注意：

1. 保温、吸氧。

2. 控制感染：青霉素 480 万～800 万 u 加入葡萄糖液或生理盐水静脉滴注，1 次/d；亦可用头孢唑啉或 2～3 种广谱抗生素联用。

3. 补充血容量：只有当血容量得到适当补充后，血管活性药物的作用才能有效地发挥。先静脉输入低分子右旋糖酐或平衡盐液以维持血容量，减低血液粘稠度，预防血管内凝血。有明显酸中毒者，静脉输注 5% 碳酸氢钠 200～250ml，以后根据需要（检查血 pH 或二氧化碳结合力）再用。

4. 血管活性药物的应用：输液中加入适量血管活性药（如异丙基肾上腺素、间羟胺），使收缩压维持在 12.0～13.3kPa（90～100mmHg），然后逐渐减量。

5. 糖皮质激素的应用：对病情较重，全身毒血症状明显或经上述处理血压仍不升，感染仍未控制者，可以静脉滴注氢化可的松 100～200mg 或地塞米松 5～10mg，24h 内氢化可的松可用至 500～600mg。

6. 防止心肾功能不全：肺炎时，由于心肌炎、心肌缺氧或输液过快，常可发生急性肺水肿或心力衰竭。出现心功能不全时，可静脉注射毒毛旋花素 K 0.25mg 或西地兰 0.4mg，必要时 2h 后再用半量。若血容量已补足而仍无尿或 24h 尿量＜400ml、相对密度＜1.018 时，应快速滴入

20%甘露醇 250ml 或速尿 40mg；如仍无尿，应按急性肾功能不全处理。

7. 防止呼吸衰竭：对老年体弱、原患慢性心肺疾病尤应警惕。注意排痰，保持呼吸道通畅。呼吸衰竭处理参见呼吸衰竭。

金黄色葡萄球菌肺炎

金黄色葡萄球菌肺炎是由金黄色葡萄球菌（金葡菌）引起的急性肺部感染，分为原发性（吸入性）和继发性（血源性）2 类。前者病原菌可经呼吸道入肺，多见于婴儿，成人多发于患慢性肺部疾病或流感患者；后者多为金葡菌败血症所引起。主要临床表现为畏寒、高热、进行性气急紫绀、咳嗽和胸痛等。

【诊断要点】

（ ）原发性：常在原发病（如麻疹、流感症状）的基础上出现。

1. 反复恶寒、高热（弛张热型或不规则型），病程较长。

2. 呼吸系统症状：较早地出现呼吸困难、紫绀、咳嗽、胸痛，并呈进行性加重。痰在初期无特征，数日后可咯出乳黄色、橙黄色或红黄色的粘稠脓痰。

3. 病程初期即有全身衰竭，面色苍白，部分患者在发病初期即可出现休克。

4. 部分患者可突然并发气胸、脓气胸等使症状加重。

5. 对治疗反应较差，青霉素常规治疗无效。

（二）继发性：常由皮肤疖、痈，以及手术、伤口感染的金葡菌血行播散至肺部引起，病变以双肺多发性小脓肿为主。临床以寒战、高热和呼吸困难等败血症症状为突出表现。重症患者常伴有神志模糊、谵妄、昏迷、呼吸衰竭和休克。

（三）肺部体征：如有多发性小脓肿无融合实变则仅有散在性干、湿性啰音；如有大块实变则与肺炎球菌性肺炎相似；有合并症者可出现相应体征。

（四）辅助检查：

1. 白细胞计数增加，甚至可高达 50×10^9/L，并有中毒性颗粒。严重者可有白细胞减少。

2. 细菌培养：24h 痰培养有大量金葡菌生长。凝固酶阳性者有助于

诊断。血源性者有半数血培养可呈阳性。

3. 胸部X线检查：原发性金葡菌肺炎可见肺内模糊或浓密阴影，内有透光区。血源性金葡菌肺炎则表现两肺多发性散在病灶，常有肺气囊形成。

【治疗】

(一)卧床休息，进易消化的流质饮食，加强营养支持，重症患者可给予吸氧。

(二)抗菌药物治疗：原则是早期、联合、长程(>4周)。对青霉素敏感的院外感染患者可用青霉素G 80万u，6h 1次，肌肉注射。对耐青霉素的金葡菌感染患者可用苯甲异恶唑青霉素(新青Ⅱ)6～10g/d，分次肌肉注射或静脉滴注。对青霉素过敏者可用红霉素1.2～1.5g/d，静脉滴注；或万古霉素1～2g/d静脉滴注；或林可霉素，1.6～1.8g/d，静脉滴注，疗程4～6周。

(三)并发症的处理：有脓胸者应及时做肋间插管闭式引流。

支原体肺炎

支原体肺炎是指肺炎支原体引起的急性呼吸道感染伴发的肺炎，其中极大多数为过去所谓"原发性非典型肺炎"。约占各种原因引起的肺炎的1/10。呈局部的流行或散发。症状一般较轻，可自愈或经抗生素治愈。

【诊断要点】

(一)临床表现：多数起病缓慢，早期症状有乏力、头痛、咽痛、肌肉酸痛、发热(多为中等度发热)。2～3d后出现咳嗽，咯少量粘液脓性痰，有时带血。阵发性呛咳为突出症状。无明显的肺部体征，可有呼吸音减低或湿啰音。

(二)辅助检查：

1. 白细胞计数正常或少高，以中性粒细胞为主。

2. 特异性抗原的补体结合试验阳性(>1:40～1:80)，滴度于2周内升高4倍者更有意义。

3. 红细胞冷凝集试验阳性(滴度效价在1:32以上)；40%～50%的病例对链球菌MG凝集试验阳性。

4. 痰培养分离出肺炎支原体有助诊断。

5. 胸部 X 线检查：有斑点状、片状或均匀的模糊阴影，近肺门较深，下叶较重。约半数为单叶或单段分布，有浸润广泛，有实变。肺部阴影于 2 周左右消散，偶尔有延长至 4～6 周者。

【治疗】

(一)抗生素治疗：四环素类治疗有效，可以加速症状的消失。四环素 0.5g，4 次/d，口服；或用红霉素 0.3g，4 次/d，口服。治疗须继续 2～3 周以免复发。

(二)对症处理：咳嗽剧烈时，可用可待因 15～30mg，3 次/d，口服或雾化吸入。

克雷白杆菌肺炎

克雷白杆菌肺炎是由肺炎克雷白杆菌引起的急性肺部炎症，多见于老年、营养不良、慢性酒精中毒及慢性肺部疾病的患者。临床上以发热、咳嗽、咯棕红色胶冻样脓痰为特点。

【诊断要点】

(一)起病急剧，有高热、咳嗽、胸痛。痰量多，呈黄绿色脓性，粘稠，带血或棕红色粘稠胶冻状，但并非全部病例皆如此典型。

(二)常有气急、紫绀、谵妄甚至呼吸衰竭。消化道症状可有恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。严重者可有黄疸，紫癜。少数患者病情严重，于发病 24～36h 内出现末梢循环衰竭、肺水肿和呼吸衰竭。

(三)可有典型的肺实变体征，有时仅有叩诊浊音、呼吸音减低和湿性啰音。

(四)辅助检查：

1. 白细胞计数多数增加，但也可正常或减少。

2. 痰培养多次检出病原菌，病原诊断还应包括血培养。未经治疗者 20%～50% 血培养阳性。

3. X 线检查：肺叶实变，其中有不规则透亮区，叶间隙下坠，有时伴少量积液。

【治疗】

(一)卧床休息，吸氧，保持呼吸道通畅，维持体液和电解质平衡。给

予支气管扩张剂及祛痰药物。

(二)抗菌药物可选用氨基甙类抗生素、四环素族、氯霉素、磺胺药、先锋霉素等,对轻型的病例可用链霉素、卡那霉素或庆大霉素加氯霉素治疗;重症病例应用卡那霉素或庆大霉素加先锋霉素治疗。庆大霉素每日5mg/kg体重,卡那霉素每日15mg/kg体重,先锋霉素6-12g/d。抗生素治疗需10～14d。

(三)如有周围循环衰竭时,须纠正休克;有呼吸衰竭时可用人工呼吸器。

军团菌肺炎

军团菌肺炎是由革兰染色阴性的嗜肺军团杆菌引起的一种以肺炎为主的全身疾病。夏季多见,老人和免疫缺陷者易感。本病特征为肺炎伴全身性毒血症症状,严重者出现周围循环衰竭、呼吸衰竭。

【诊断要点】

(一)发病常缓慢,初发症状为乏力、肌痛、头痛。24～48h后体温可升至39～40℃,呈稽留型,有反复寒战。半数患者咳嗽有少量粘性痰,少数为脓性或血痰。

(二)病情严重者可有神经精神症状,如感觉迟钝、谵妄、定向障碍甚至癫痫发作,并可出现呼吸衰竭或发生休克,个别导致急性肾功能衰竭。部分患者出现腹痛或腹泻。

(三)早期肺部有湿啰音,病情进展则有实变体征,腹部可有压痛。相对缓脉。

(四)辅助检查:

1. 白细胞计数增高,肝功可异常,血尿素氮增高。

2. 病原学检查:痰、支气管灌洗液或肺组织等标本培养可检出致病菌。

3. 直接荧光抗体试验、酶抗体特殊染色或用间接免疫荧光抗体法检测抗体价上升达1:256;用双份血清滴度上升到1:128;在恢复期单份血清滴度1:256以上,可以诊断。

4. X线检查:肺炎早期为单叶斑片状肺泡内浸润,继有肺叶实变,可于3～4d内迅速发展至多肺叶段,下叶为多见。可伴有少量胸腔积液。

经治疗病灶可于2周内消散。少数炎症吸收缓慢或机化遗留有间质性改变。

【治疗】

(一)支持疗法,吸氧,对症处理。

(二)红霉素对本病的治疗效果较好。红霉素1～2g/d,分次口服。一般用药2～3d后体温恢复正常,疗程为3周。病重者应静脉滴注红霉素。利福平治疗亦有效,单用利福平易引起细菌耐药性,应与红霉素联合使用。氨基甙类、青霉素、头孢菌素类抗生素对本病无效。

(三)中医治疗:

1. 风热犯肺:恶寒,发热,周身酸痛,胸闷或隐痛,咯痰白粘,口微渴,舌边尖红、苔薄白或微黄,脉浮数。治法:辛凉解表,宣肺化痰。方药:银翘散。

2. 痰热壅肺:高热,烦渴,咳嗽,咯痰黄稠或铁锈色或带血丝,鼻扇气粗,舌红、苔黄,脉滑数。治法:清热宣肺化痰。方药:麻杏石甘汤合苇茎汤加鱼腥草、生大黄。

3. 热入营血:高热持续,气急痰鸣,痰中带血,口干唇焦,烦躁谵语,舌红绛、苔焦黄或焦黑,脉细弦数。治法:清热开窍。方药:清营汤加苇茎。神昏时可加安宫牛黄丸1粒(另研冲),口服或鼻饲;或醒脑静每次2～4ml,肌肉注射。

4. 正气虚脱:面色苍白,四肢厥冷,呼吸促浅,鼻扇唇绀,出冷汗,烦躁神昏,脉微细欲绝。治法:益气固脱,回阳救逆。方药:生脉散合四逆汤加龙骨、牡蛎。

(四)针灸治疗:

1. 体针:肺俞、大椎、膻中、合谷。高热配大杼、曲池,或加十宣刺血;喘咳配天突、鱼际、内关;痰多配丰隆、解溪。

2. 灸法:取风门、心俞、肺俞、尺泽、孔最、丰隆,艾条温和灸。

3. 拔罐:取大椎、身柱、肺俞及听诊啰音较明显的相应区,右侧肩胛区和右侧胸区稍下端部位拔吸,留罐5min。

4. 耳针:取肺、肾上腺、皮质下、支气管、交感、平喘、内分泌、胸。

5. 皮肤针:循手太阴经、手阳明经、督脉和足太阳经,行中等度叩刺。

6. 贴敷:取肺俞、中府,将白芥子研为细末,加面粉适量,开水调成糊

状，敷于穴位上。敷药前，局部用热水洗净，再涂上1层麻油，然后敷药，待局部发红或有灼热感时去掉。2次/d，多用于早期。

（五）单验方：

1. 金银花30g、连翘15g、黄芩18g，浓煎成200ml，每次服50ml，4～6h 1次。

2. 用黄柏120g，防风15g，加水1 500ml，煎成1 000ml，取药液蒸汽熏治腋下淋巴结区，每次30min，同时配合蒸汽吸入10min，3次/d。

（六）饮食疗法：

1. 薏苡仁200g、百合50g，用水5碗，煮成3碗，日分4次服完。适用于初期。

2. 雪梨大者1个，薄切，放入新汲凉水内浸半日，时时频服。适用于后期。

肺曲菌病

肺曲菌病主要由烟曲菌引起。该菌寄生在上呼吸道，只有在慢性病患者机体免疫力降低时才能致病。在发热、发霉的谷物或稻草中曲菌孢子数量很多，若大量吸入此类孢子时，引起急性气管－支气管炎或肺炎。本病常继发于肺部已有疾病，如支气管扩张、肺炎、肺脓肿、肺结核等。

【诊断要点】

（一）起病缓慢，主要症状为咳嗽、乏力、低热，反复咯血、咯痰或咯棕黄色脓痰块。严重者可出现弛张热、消瘦以及恶液质。

（二）支气管炎－肺炎型：有吸入大量曲霉菌孢子的病史，若病变仅限于支气管，则有咳嗽、咯痰、低热、乏力等症状。如侵及肺组织，可致广泛性肺炎，甚至肺脓肿。

（三）曲菌球：一般发生于支气管扩张，肺结核空洞或肺囊肿囊腔中，无明显的全身症状，但有刺激性咳嗽和反复大咯血。

（四）辅助检查：

1. X线检查：肺部可见斑点状、纤维条索状、结节状或云絮状阴影。曲菌球呈圆形或椭圆形、边缘清楚的致密阴影，球与囊腔壁间有半月形透明带，球可随体位变动。

2. 痰涂片可见到菌丝的片段和圆形棕色或暗绿色的孢子。反复痰

培养阳性有助于诊断。

【治疗】

(一)积极治疗原发病。

(二)支气管-肺曲菌感染,可用多聚醛制霉菌素溶于生理盐水气管内滴入,5万~20万u,1次/d;或5万u雾化吸入,1次/d。严重者用两性霉素B治疗,剂量为0.1mg/kg体重,每日增加5~10mg,最高达每日30~50mg。

肺念珠菌病

肺念珠菌病是由白色念珠菌或其他念珠菌所引起,常继发于烧伤、糖尿病等严重疾病或原有的肺部疾患,与抗生素、抗癌药物及激素的应用有明显关系。临床上可分为支气管炎型和肺炎型。

【诊断要点】

(一)支气管炎型:有类似慢性支气管炎症状,咳嗽,咯粘液性痰,有时呈乳白色,多不发热。X线检查示两肺中、下野纹理增深。

(二)肺炎型:类似急性肺炎,畏寒,高热,咳嗽,咯白色粘液痰,有酵母臭味,亦可呈胶胨状。有时咯血,气急。X线检查显示支气管肺炎阴影,时有变化起伏,还可有多发性脓肿。少数病例可并发渗出性胸膜炎。

(三)辅助检查:化验检查痰中找到发芽的酵母样孢子和菌丝;痰念珠菌培养连续3次以上阳性;生长稠密,经霉菌学鉴定是白色念珠菌;经动物接种证明有致病力,则有助于诊断。

【治疗】

(一)支气管炎型以制霉菌素,雾化吸入,剂量为5万u。

(二)肺炎型伴有肺组织坏死者可用氟尿嘧啶每日50~150mg/kg体重,口服。二性霉素B,先1mg/d加5%葡萄糖水中缓慢避光静滴,逐步增加到每日0.25mg/kg体重。总量1~2g。酮康唑0.2~0.4g/d,口服。

肺放线菌病

肺放线菌病多由口腔内寄生的厌氧以色列放线菌经呼吸道吸入或沿结缔组织蔓延至肺,引起的慢性化脓性、肉芽组织增生性病变。具有多发性脓肿和窦道形成。常延及面、颈、胸壁、胸膜、腹部等。

【诊断要点】

(一)常有口腔卫生不良,有龋齿、拔牙等病史。

(二)起病缓慢,早期有不规则低热,周身不适,轻咳。肺部形成多个小脓肿时,则咯脓性痰,有时带血。胸膜受累时有剧烈胸痛并可发生脓胸。若侵入胸壁,有胸壁脓肿或窦道形成,并经常排出混有菌块的脓汁。侵及纵隔,可出现胸骨后疼痛、呼吸困难或吞咽困难。发生脓毒败血症时,可有高热、剧咳、大量咯脓痰或大量咯血,严重者可死亡。

(三)胸部体检:可发现肺实变、空洞等体征。

(四)辅助检查:

1. X线检查:单侧或双侧散在不规则的浸润,可融合成实变,其中有不规则透亮区,易与肺炎、肺结核等混淆。

2. 化验检查:痰和脓液中可发现硫磺颗粒或厌氧培养出致病菌可确定诊断。

【治疗】

(一)对症治疗。

(二)抗菌药物治疗:首选青霉素剂量200万~600万u/d,肌肉注射或静脉滴注,疗程在数月或半年。不能用青霉素的患者,可用洁霉素和四环素等药物。对抗生素药物疗效不理想者,可加用磺胺类药物。四环素族药物、链霉素也有效。

(三)久治不愈的放线菌性肺肉芽肿、纤维化、支气管扩张、胸壁或肋骨病变、瘘管等,可做手术切除治疗。

肺隐球菌病

肺隐球菌病为新形隐球菌感染引起的全身性疾病的一部分,正常人吸入隐球菌,很少发生症状。若吸入菌量多,可引起肺部病灶,甚至全身播散。肺部病灶可为局灶性或广泛性的小肉芽肿。

【诊断要点】

(一)有低热,盗汗,轻度咳嗽,咯少量粘液痰或少量咯血。少数患者的病变可延及胸膜引起胸痛,甚至并发胸膜渗液或脓胸。

(二)辅助检查:

1. X线检查:多见于肺中下部,呈大的孤立圆形灶或数个结节状病

灶，周围极少炎症浸润，可形成空洞。慢性经过可出现肺纤维化及肉芽肿、播散型两肺纹理增粗，伴有多发性小结节或粟粒状病灶。可见骨质破坏等。

2．化验检查：痰中可找到圆形厚壁孢子或培养出现隐球菌。

【治疗】

（一）可用氟尿嘧啶、克霉唑等药物治疗。肺隐球菌病的轻型患者有时无需治疗也可自愈。

（二）合并脑膜炎时，应联合应用两性霉素B和氟尿嘧啶或其他抗霉菌药物。

肺脓肿

肺脓肿是由各种病原菌所引起的肺部感染，早期为化脓性炎症，继而坏死形成脓肿，按脓肿的发生可分为吸入性肺脓肿和血源性肺脓肿2型，临床上以高热、咳嗽、咯大量脓臭痰为特征。多发生于壮年，男多于女。

【诊断要点】

（一）可有口咽部的感染灶，以及手术、劳累、受凉等病史。

（二）起病较急，有畏寒、发热（体温可高达39℃以上）、乏力、纳差等全身中毒症状。

（三）咳嗽，咯痰，胸痛，病后10～14d咯出大量脓性痰，每日量为300～500ml，静置后分3层（上层为泡沫，中层为粘液，下层为脓块及坏死组织）。可伴有血痰。阿米巴性肺脓肿痰液呈巧克力色，有厌氧菌感染时可有特殊臭味。咳出脓液，病灶引流改善，症状即好转（体温下降，毒性症状缓解）。

（四）血源性肺脓肿，多先有原发病灶所引起的畏寒、高热等全身脓毒血症症状。经数日至2周后，出现咳嗽、咯痰，痰量不多。

（五）肺脓肿小而位置深时肺部体征不明显。如范围较大，接近胸壁时，叩诊浊音，局部可听到湿性啰音。空洞形成后，可听到支气管呼吸音及湿性啰音。病程达3个月以上的慢性肺脓肿可有杵状指（趾）。

（六）辅助检查：

1．血常规：白细胞总数及中性粒细胞增高，伴核左移及中毒颗粒。

2．痰培养包括厌氧菌培养有致病菌生长。

3.X线检查：

(1)吸入性肺脓肿早期可见大片浓密浸润影，边缘不清。脓肿形成期可见脓腔和液平，周围有炎性浸润环绕；吸收恢复期可见脓腔缩小而消失。

(2)血源性肺脓肿，病灶分布在一侧或两侧，呈散在性局限性炎症块，或边缘较整齐的球形病灶，中央有小脓腔或液平。

【治疗】

(一)一般治疗：急性期中毒症状明显者须卧床休息，适当补充营养。对体质消耗大、消瘦的患者，应注意补充蛋白质及维生素。

(二)抗生素治疗：早期大剂量青霉素静脉滴注应为首选。青霉素G 500万～1 000万u加入5%葡萄糖液中静脉滴注，1次/d。如感染已控制，痰量不多，可改为青霉素60万u，肌肉注射，4次/d。脆弱类杆菌对青霉素耐药，可选用洁霉素1.8g加入5%葡萄糖液500ml静脉滴注，1次/d。灭滴灵0.2～0.4g，口服，3次/d。疗程8～12周。

(三)体位引流：可助脓液的排出，使脓肿部位处于高位。在患部轻拍，2～3次/d，每次10～15min。有明显痰液阻塞征象，可经纤维支气管镜冲洗并吸引。

(四)对症治疗：主要为祛痰，必嗽平8～16mg，3次/d，口服。强利痰灵0.25～0.5g，3次/d，口服。

(五)外科手术治疗：适用于脓腔久治不愈、具备手术条件的慢性肺脓肿。

(六)中医治疗：

1.初期：恶寒发热，咳嗽，咯泡沫痰，痰量渐增，胸痛，咳则痛甚，呼吸不利，舌苔薄黄，脉浮数。治法：辛凉解表，清热解毒。方剂：银翘散。

2.成痈期：高热，胸闷，胸痛，呼吸迫促，咳嗽，咯出大量脓痰，舌红、苔黄腻，脉滑数。治法：清肺排脓。方药：苇茎汤加鱼腥草、金银花、黄芩、桔梗、桑白皮。

3.溃脓期：咳吐大量脓血，气味醒臭，身热面赤，口渴喜饮，舌红、苔黄，脉滑数。治法：排脓解毒。方药：苇茎汤合桔梗汤加鱼腥草、败酱草、连翘、金银花、知母、贝母。

4.恢复期：身热渐退，咳嗽减轻，痰量变少，自汗，盗汗，口渴心烦，舌

红、苔黄，脉细数。治法：益气养阴，扶正托邪。方药：桔梗汤合生脉散加减。咳吐脓血久延不净者，加白芨、白蔹、合欢皮；纳少便溏加茯苓、白术、山药。

（七）针灸治疗：取肺俞、合谷、孔最。高热可在尺泽或十宣穴速刺放血；痰多加丰隆；胸痛加内关、膻中。

（八）单验方：

1. 鱼腥草、虎杖各 30g，水煎服。

2. 穿心莲 30g，水煎服。

3. 蒲公英、金银花、鲜芦根各 30g，板蓝根 20g，水煎服。

以上适用肺脓肿的各期。

4. 合欢皮 15g，水煎服。适用于久吐脓血。

（九）饮食疗法：

1. 猪肺白绿汤：猪肺 250g，绿豆 200g，白果 100g，共煮服（不加油盐）。

2. 猪肾板丝饮：猪肾 1 对，老丝瓜半条共清炖（不加油盐），吃肉喝汤，常服。

肺 结 核

肺结核病是结核分枝杆菌引起的慢性肺部感染，可扩散至全身，并在组织内长期潜伏，常在人体抵抗力低落时发病。其病理形态以结节、浸润、干酪坏死和空洞形成等混合存在为特征。临床上多呈慢性经过，少数可急性发病。常有低热、乏力等全身症状和咳嗽、咯血等呼吸系统表现。发病年龄以 20～30 岁多见。

【诊断要点】

（一）全身症状：根据临床症状及结核病接触史，有结核的中毒症状，表现为午后潮热、盗汗、食欲下降、面颊潮红、体重减轻。轻症中毒症状不明显，重症患者可有不规则高热，女患者常出现月经失调。

（二）呼吸系统症状：

1. 咳嗽：一般为干咳或只有少量粘液痰，伴发感染时痰呈粘液性或脓性。

2. 咯血：约 1/3 患者有不同程度的咯血，可为痰中带血或大咯血。

3. 胸痛：当炎症波及壁层胸膜时，相应胸壁有刺痛，一般并不剧烈，随呼吸和咳嗽而加重。

4. 呼吸困难和紫绀：见于慢性重症肺结核，肺组织严重破坏或萎缩，肺气肿，广泛胸膜增厚，肺功能失代偿。

（三）早期病变较小或位于肺组织深部，多无异常体征。病变范围较大，患侧肺部呼吸运动减低，叩诊呈浊音，听诊有时呼吸音减低或为支气管肺泡呼吸音。因结核好发生在肺上叶的尖后段和下叶背段，故锁骨上下、肩胛间区叩诊略浊，咳嗽后闻及湿啰音。

（四）辅助检查：

1. 结核菌检查：痰中找到结核菌是确诊肺结核的主要依据。痰菌阳性说明病灶是开放性的。

2. X线检查：①斑点、条索、结节状、密度较高、边缘清楚的纤维钙化硬结病灶；②云雾状或片状、密度较淡、边缘模糊的炎症渗出性病灶；③密度较高、浓淡不一的干酪性病灶；④有环形边界透亮区的空洞形成。

3. 结核菌素（简称结素）试验：1∶10 000 或 1u 旧结素（OT）试验呈强阳性常提示有活动性肺结核。

（五）肺结核的临床分类（1978 年全国结核病防治会议）：

1. 肺结核类型：

Ⅰ型：原发型肺结核。

Ⅱ型：血行播散型肺结核。

Ⅲ型：浸润型肺结核。

Ⅳ型：慢性纤维空洞型肺结核（简称慢纤洞型肺结核）。

Ⅴ型：结核性胸膜炎。

2. 病变范围及空洞部位：按右、左侧，分上、中、下肺野记述。右侧病变记在横线以上，左侧病变记在横线以下。一侧无病变者，以（－）表示。有空洞者相应部位加 O 号。

3. 活动性及转归：分为进展期、好转期和稳定期。稳定期指 X 线病变无活动性表现，空洞闭合，痰菌连续阴性达 6 个月以上，若仍有空洞，则须 1 年以上。

举例如下：浸润型肺结核$\frac{上;O;中}{上}$菌（＋）进展期

表示浸润型，右上、右中和左上肺病变，右上肺有空洞，痰集菌查抗酸杆菌阳性，病变属进展期。

【治疗】

(一)一般治疗：有症状者休息3～6个月，适当注意营养。

(二)抗结核化学药物治疗(简称化疗)：

1．化疗原则：合理化疗是指对活动性肺结核病坚持早期、联用、适量、规律和全程使用敏感药物的原则。临床上有结核毒性症状、痰菌阳性、X线病灶具有炎症成分或是病灶正在进展或好转阶段，均属活动性肺结核，是化疗的适应证。对硬结已久的病灶则不需化疗。

2．化疗方法：

(1)常规化疗与短程化疗：以往常规使用异烟肼、链霉素和对氨水杨酸12～18个月治疗结核病，称为常规或标准疗法。但由于疗程长，患者常不能坚持服药。自发明利福平以来，化疗效果有很大改进，所以可将疗程缩短至6～9个月(短程化疗)，而疗效(痰菌转阴，病灶吸收)和复发率均与常规疗法同样满意。

(2)间歇用药：临床上有规律地每周2次用药(间歇用药)，同样能达到每天用药的效果。在开始化疗的1～3个月内，每天用药(强化阶段)，其后每周2～3次的间歇用药(巩固阶段)与每日用药的效果一样好。间歇疗法亦采用联合用药，异烟肼、利福平、乙胺丁醇剂量可适当加大。但有些药物(如链霉素、对氨水杨酸、乙硫异烟胺等)，副作用大，不宜加大每次投药剂量。

3．化疗方案：

(1)初治病例(未经抗结核药物治疗的病例)、轻症或痰菌阴性者，常规化疗总疗程一般需12个月。

例如前2个月每日联用异烟肼(H)，链霉素(S)和对氨水杨酸钠(P)，后10个月只用异烟肼(H)和对氨水杨酸钠(P)，写作2HSP/10HP。由于对氨水杨酸钠(P)的副作用较多，可用乙胺丁醇(E)代替，写作2HSE/10HE。

联用2个以上杀菌剂的短程化疗总疗程6个月即可，例如前2个月每日联用利福平(R)、吡嗪酰胺(Z)和异烟肼。后4个月只用H和R。写作2HRZ/4HR。巩固阶段亦可间歇用药，每周2次。写作$2HRZ/4H_2R_2$。

重症或痰菌阳性者常规化疗总疗程一般 18 个月，例如 2HSP/16HP 短程化疗总疗程 9 个月，例如 2HRE/7HR。

(2)复治病例(肺结核初治失败或治愈后复发)往往由于开始时单药治疗或不规则治疗、细菌产生耐药性或停药过早，未坚持疗程。复治患者可联用 2 种以上以往未用或只少量联用过的药物。由于结核菌对异烟肼耐药后常可恢复敏感性，故复治时仍可用异烟肼，例如 2HREZ/7HRE，还可选用一些较少使用的药物加以组合，例如卡那霉素(K)、氨硫脲(T)、丙硫异烟胺(Th)、卷曲霉素(CP)等(HKZ、RTCP、HRKTh)。但应注意这些较少用药物的毒副反应。

4．主要抗结核药物见临床常用药物篇。

(三)咯血的处理：

1．大(中)量咯血、一次咯血 50～100ml 以上或小量持续咯血者：

(1)防止呼吸道阻塞：安静，取患侧在下的头低侧卧位，保持大便通畅，不宜随便搬动或往外地运送，准备好吸引器及吸引导管，有阻塞时立即插管用吸引器吸引。

(2)止血药物的应用：

1)垂体后叶素 10u 稀释于 25% 葡萄糖液 40ml 中缓慢静注，必要时 8h 静注 1 次，反复咯血可用垂体后叶素 10u 加入 5% 或 10% 葡萄糖液 300～500ml 静脉滴注。但心血管疾病及妊娠者忌用。

2)2% 普鲁卡因 150～300mg 加入 10% 葡萄糖液 500ml 中静脉滴注，1 次/d；或 60mg 加入 50% 葡萄糖 40ml 中静脉注射。注意用前做过敏试验。

3)6　氨基己酸 4～6g 加入葡萄糖液 500ml 静脉滴注。

2．小量咯血应卧床休息，口服或肌注止血剂，如安络血 10mg，2 次/d，肌肉注射。也可用中药白茅粉、荷叶丸、三七片等。

(四)外科手术治疗：

1．手术适应证：

1)结核空洞，经抗结核药物治疗 1 年以上，痰菌仍阳性，空洞未闭合。

2)大块纤维干酪病灶或阻塞性空洞(直径＞1.5cm)痰菌阳性。

3)单侧毁损伴支气管扩张、反复咯血或感染者。

2．手术禁忌证：

1)对侧肺或支气管有活动性结核。

2)患侧支气管内膜结核,累及切除范围。

3)全身疾病,如心肝肾功能不全。

4)肺功能不全,估计术后不能正常生活者。

5)全身情况差,估计不能耐受手术者。

(五)中医治疗:

1. 肺阴不足:干咳少痰或痰中带血,胸痛,潮热颧红,口燥咽干,舌红、苔薄黄少津,脉细。治法:滋阴润肺。方药:月华丸。

2. 阴虚火旺:骨蒸潮热,颧红盗汗,呛咳痰少,痰黄粘稠或带鲜血,胸胁掣痛,性躁善怒,舌红绛,脉细数。治法:滋阴降火。方药:百合固金汤。

3. 气阴两虚:咳嗽无力,咯痰清稀,怕冷自汗,潮热盗汗,声嘶失音,形体消瘦,男子遗精阳痿,女子经少经闭,舌光质红、少津或舌淡、体胖有齿痕,脉象微细。治法:益气养阴。方剂:人参养荣汤。

(六)针灸治疗:

1. 体针:

(1)阴虚型:取肺俞、膈俞、尺泽、三阴交、太溪。咯血配郄门、鱼际、行间;遗精配关元、三阴交;盗汗配百劳、阴郄、复溜;失眠配神门、三阴交、行间;低烧配曲池、百劳、三阴交、照海。

(2)阳虚型:取肺俞、膏肓俞、脾俞、肾俞、太渊、足三里、三阴交。咳嗽配百劳、天突;胸痛配中府、膻中;食欲不振配胃俞、中脘。

2. 灸法:取肺俞、脾俞、膈俞、胆俞、大椎、身柱、足三里。用艾炷灸,每穴3~5壮。隔日1次,3个月为1疗程。

3. 拔罐:肺俞、大椎、膈俞、脾俞、肾俞、三焦俞、中府、足三里、曲池。每次选3~5穴。

4. 耳针:取肺、肾、心、内分泌、神门。

5. 贴敷:净灵脂、白芥子各15g,生甘草6g,共研末,大蒜15g,诸药捣匀,入醋少量,摊纱布上,敷于颈椎至腰椎夹脊旁开1寸半,1~2h皮肤有灼热感时去之,7d 1次。

(七)推拿疗法:

1. 患者坐位,揉按背部,点按肺俞、结核、百劳穴;俯俯卧,搓运夹脊,点按心俞、膏肓。适用于阴亏型。

2. 患者坐位，轻推慢揉背部，点按肺俞、百劳；嘱俯卧，点按肾俞；嘱仰卧，于胸中向两胁分推，揉拿手三阴经，点按劳宫、鱼际、内关。适用于阴虚火旺型。

3. 患者坐位，揉按搓运背部，点按肺俞、脾俞、大椎、风门，揉拿手三阴经，点按百劳、列缺、手三里、间使、神门。适用于气阴耗伤型。

（八）气功疗法：身体端坐，两腿自然分开，与肩同宽，膝关节弯曲成90°，脚踏实地面，两手掌面向下，平放在两大腿中1/3处，肘关节自然弯曲，放松；松衣解带，思想集中，用鼻呼吸，吸气时舌抵上腭，气自然地吸入，意识中引气到丹田，且勿用力吸气，亦勿用力将气压到少腹，呼气时舌自然放下。反复动作，每次30～60min，每日练4～6次。

（九）单验方：

夏枯草50g，水煎，去渣后浓缩成膏。取干膏、青蒿各3g，鳖甲1.5g，共研末，每日分3次服。

（十）饮食疗法：

1. 核桃肉、柿霜各500g，先将核桃肉蒸熟，再将柿霜放入，蒸至融合为止，经常吃。

2. 去核鲜梨2个、去皮鲜藕500g、去蒂柿饼1个、去核大枣10枚、鲜茅根50g，加水煮开后再煮0.5h，饮汤。

结核性胸膜炎

结核性胸膜炎是各种胸膜炎中最常见一种。临床上分干性胸膜炎、渗出性胸膜炎和结核性脓胸3型。

【诊断要点】

（一）起病急，除结核的一般症状外，常有畏寒、中等度发热、胸痛、干咳等。

（二）干性胸膜炎，轻症可无明显症状或仅有轻度局部胸痛而被忽视。少数较重的患者呈急性发病，可有畏寒、发热及较为明显的患侧胸痛，在深呼吸或咳嗽时加剧。有时可放射至同侧颈、肩或上腹部。患者呼吸运动减弱。可有局限而恒定的胸膜摩擦音。

（三）渗出性胸膜炎是干性胸膜炎的进一步发展，随积液增多胸痛减轻，有气促、心悸。检查时患侧胸廓及肋间饱满，呼吸运动明显减弱，心尖

搏动及气管因大量积液而向健侧移位，语颤减弱，叩诊浊音，呼吸音减弱或消失。

（四）结核性脓胸中毒症状严重（寒战、高热），常并发自发性气胸。体征与渗出性胸膜炎相似。

（五）辅助检查：

1. X线检查：干性胸膜炎常无异常X线征，偶尔见患侧膈肌运动减弱。渗出性胸膜炎小量积液时，肋膈角模糊变钝，侧胸壁内缘有带状均匀阴影；中等积液则形成上淡下浓之均匀密影，为一凹面向上、外侧高而内侧低的曲线。大量积液则表现患侧全为致密阴影。

2. 胸腔穿刺抽液检查：胸腔积液为草黄色渗出液。放置后易凝固。蛋白定性试验阳性，蛋白定量在以上。细胞数常超过 $500 \times 10^6/L$（500个/mm^3），大多为淋巴细胞，但早期可有中性粒细胞增多。

3. 血白细胞计数正常或略增多，中性粒细胞可有核左移。红细胞沉降率增速。结核菌素试验强阳性。

【治疗】

（一）一般治疗：急性期应卧床休息，加强营养，经治疗在胸液吸收2－3个月后可逐渐恢复一般工作。

（二）抗结核药物治疗：以链霉素与异烟肼联合应用为好，链霉素0.75－1.0g/d，肌肉注射。待症状改善、胸液吸收、体温下降后，可改为每周2－3g，间歇治疗3个月。异烟肼0.3g，1次/d，口服。连续服药1年，以免结核病复发。链霉素疗程结束后，必要时可改服对氨柳酸钠。

（三）激素：对结核中毒症状明显有大量胸腔积液者，为了改善症状，减少胸膜肥厚粘连，在用抗结核药物同时，可加用激素。可给强的松10mg，3次/d，口服。待症状消退、胸腔积液减少后，可逐渐减量。疗程3－4周。

（四）大量胸腔积液引起呼吸困难，每周可抽液2－3次，直至胸液完全被吸收，每次抽液不宜超过1 000ml，速度不应过快，以防因胸腔压力骤减致纵隔移动而引起急性循环障碍。抽液时若发生"胸膜反应"，有头晕、出汗、面色苍白、心悸、四肢发凉者，应立即停止抽液，使患者平卧，必要时皮下注射0.1%肾上腺素0.5ml，并密切观察血压，注意休克发生。

（五）结核性脓胸：应用抗生素控制并存的继发感染。及早进行胸穿

抽脓或引流。脓液粘稠时，可用生理盐水冲洗或用链激酶0.5g稀释后注入脓腔利于引流，丢失蛋白多者应加强支持治疗。有支气管胸膜瘘或脓胸伴同侧肺毁损时，可考虑外科手术切除。

(六)中医治疗：

1．邪伏少阳：胸胁闷痛，咳嗽痰少，口苦咽干，苔薄白或黄，脉弦数。治法：疏解外邪，和络止痛。方剂：柴胡半夏汤。

2．饮停胸胁：胸胁疼痛减轻，气喘息促加重，胸胁胀满，不能平卧，或仅能偏卧一侧，苔薄白，脉沉弦。治法：攻逐水饮，理气和络。方剂：葶苈大枣泻肺汤加车前子、茯苓、百部、桑白皮。体实者可用十枣汤或控涎丹。

3．阴虚内热：午后潮热，盗汗，咳嗽，吐少量粘痰，胸胁闷痛，消瘦，口咽发干，舌红、少苔，脉细数。治法：滋阴清热。方药：清骨散合小陷胸汤加减。盗汗者可加煅牡蛎、浮小麦。体质尚好者也可小量使用控涎丹。

(七)针刺治疗：取肺俞、大椎、内关、膈俞、足三里。

(八)单验方：

1．鲜苍耳草120g，浓煎，1剂/d，分3～4次服。

2．鲜鱼腥草60g，捣烂取汁，分早晚2次服。

3．冬瓜子、薏苡仁各30g，煎汤多次分服。

原发性支气管肺癌

原发性支气管肺癌(简称肺癌)是最常见的肺部原发性恶性肿瘤，约占98%。多发生于45～75岁年龄之间。男女之比为2～3:1。本病的发生与吸烟、大气污染、某些职业性因子(如石棉、砷、铬、沥青及某些放射物质)有密切关系。

【诊断要点】

(一)呼吸系统症状：

1．咳嗽、咯痰多为阵发性干咳或有少量粘痰，合并感染时痰量增多呈脓性。支气管狭窄时咳嗽加剧，多为持续性，且呈高音调金属音。是一种特征性的阻塞性咳嗽。

2．咯血：癌肿组织血管丰富，常引起痰内持续带血或间断带血。如侵蚀大血管，可引起大咯血。

3．肿瘤位于胸膜附近时可产生胸部钝痛。侵犯胸膜时呈尖锐胸痛。

肋骨、脊柱受侵犯时，则有压痛点。

4．支气管不全阻塞时，可出现局限性哮鸣音及肺气肿。

5．大量胸腔积液、肿大的淋巴结压迫大气管、气管隆突或肺弥散性病变均可引起胸闷、气急。

(二)全身症状：晚期有消瘦、乏力、发热或恶病质。

(三)邻近器官受压或受侵犯引起的症状：

1．侵犯或压迫食管，引起吞咽困难。

2．压迫喉返神经引起声音嘶哑。

3．臂丛神经受压，引起同侧肩关节、上肢内侧剧痛和感觉异常。颈交感神经受压出现同侧瞳孔缩小、上眼睑下垂、眼球内陷、额部少汗等表现。

(四)肺外表现(副癌综合征)：有些肺癌患者，产生一种或多种肺外表现，以骨、关节病变和内分泌紊乱引起的综合征较为常见。

1．杵状指(趾)和肥大性骨病杵状指(趾)：发生快，有疼痛感及甲床周围环绕红晕。肥大性骨关节病以长骨端疼痛、骨膜增生、新骨形成、关节肿胀疼痛为特点，但无关节畸形。二者常同时存在，多见于鳞癌。切除肺癌后，症状可减轻或消失；肿瘤复发又可出现。

2．内分泌紊乱的表现：癌肿分泌促肾上腺皮质激素样物，引起浮肿、高血压、肌力减退及糖增多等；分泌甲状旁腺样激素，引起多尿、烦渴、心律失常、高血钙、低血磷；分泌促性腺激素引起男性乳房发育，常伴有肥大性骨关节病；分泌抗利尿激素，引起稀释性低钠综合征，有全身水肿、嗜睡和定向障碍等水中毒症状。

3．神经肌肉综合征：有4%～14%的支气管癌，特别是小细胞癌可引起肌无力综合征、小脑性共济失调，眼球震颤及精神改变。

(五)辅助检查：

1．X线检查：肺门出现单侧阴影增大或同一肺段肺叶炎症反复出现；肺部有孤立圆形或结节性浸润病灶，抗生素治疗后反而增大。

2．痰检查癌细胞是早期诊断方法之一，阳性率可达70%～80%。

3．支气管镜检查，对诊断中央型肺癌很有价值，通过纤维支气管镜检查，不仅可直接窥视气管隆凸是否增宽、固定，且可摘取可疑的粘膜组织做病理检查，阳性率可达80%～90%。

4. 活组织检查：手术摘除浅表肿大的淋巴结。如锁骨上、前斜角肌或腋下淋巴结，做病理检查，可判断有否肿瘤转移及其细胞类型。

5. CT 和 MRI 检查：能发现 X 线难以解决的部位（如心后大血管、纵隔等）的肿瘤，了解有无纵隔淋巴结转移及胸膜情况，从而得到确切的临床分期。

6. 放射性核素肺扫描：常用的有灌注肺扫描和亲肿瘤肺扫描。前者反映肺血管放射颗粒分布情况（多用^{113}铟、^{99m}锝、^{131}碘等放射性核素），大多数肺癌可有相应的稀疏区。

7. 癌胚抗原（CEA）：60%～86%的肺癌患者中血清浓度可有升高（>2.5mg/L），但有人认为 CEA 的升高也常见于其他恶性肿瘤和非肿瘤疾患。

【治疗】

根据患者情况、病变早晚、肿瘤大小、范围及组织类型等因素，采取合理的治疗方法。目前多采用以手术切除治疗为主，放射治疗、化学药物、中医中药、免疫治疗为辅助的综合治疗方法。手术治疗疗效最好，放射治疗次之，单纯药物治疗最差。

（一）手术治疗：如无远处转移，全身情况许可者，均应争取手术治疗。

1. 根治性切除术：彻底切除病肺肺叶或全肺和所属淋巴结，尽能保留正常肺组织。

2. 姑息性切除术：适用于癌肿已不能根治，但有反复咯血或有阻塞性肺炎者。

（二）放射治疗：其疗效次于手术治疗。可改变肺癌的自然发展规律，解除阻塞症状。少数病例可获根治。单纯放射治疗效果不满意，若同时辅以化学治疗，则可提高疗效。对不宜手术者，因支气管阻塞引起呼吸困难、骨转移引起剧烈疼痛、脑转移引起颅内压增高，故为缓解症状可采用放射治疗。有严重心、肝、肾功能不全应列为禁忌。常用的放射治疗有^{60}钴γ线、电子束β线和快中子加速器等。一般以 40～70Gy、5～7 周为宜。

（三）化学药物治疗：较常用的方案有下列几种。

1. 小细胞未分化癌：CMC 方案：即环磷酰胺（CTX）1 000mg/m^2，静注，3 周 1 次；氨甲喋呤（MTX）15mg/m^2，口服，2 周 1 次（或肌注后 6h 用甲酰四氢叶酸钙 3－6mg，每 6h 1 次，共 3 次）；环己亚硝脲（CCNU）

100mg/m^2，口服，6 周 1 次。

2．鳞状细胞癌：DOCCA 方案：即顺氯铂胺 50mg/m^2，用 2 000ml 生理盐水及葡萄糖水滴注，1 次给药；长春新碱 1～2mg，静注；环磷酰胺 300mg/m^2，静注；环己亚硝脲 50mg/m^2，口服；阿霉素 50mg/m^2，静注。上述各药每 4～6 周给药 1 次，一般可用 2～4 疗程。

3．腺癌：MFV 方案：用丝裂霉素 C 4～8mg，静注，每周 1 次；氟尿嘧啶 500mg，静滴，每周 2～3 次；长春新碱 1mg，静脉滴入，每周 1 次，6 周为 1 疗程。

4．癌性胸腔积液：可在抽液后，胸腔内注入人剂量的氮芥（10～20mg/次）、丝裂霉素 C（10～20mg/次）、氟尿嘧啶（500～750mg/次）或地塞米松（5～10mg/次）。胸腔内注射一般不采取联合用药。5～7d 给药 1 次，5～7 次为 1 疗程。

（四）中医治疗：

1．毒热蕴肺（早期）：咯痰粘稠、腥臭或痰中带血，口干舌燥，胸闷，便秘，舌红、苔黄，脉弦滑。治法：清热解毒，肃化痰浊。方药：瓜蒌、葶苈子、鱼腥草、半枝莲、白花蛇舌草、薏苡仁各 30g，桑白皮、百部、山慈姑、射干各 12g，白芨 15g。水煎服，分 3 次，1 剂/d。

2．气阴两虚（后期）：病势发展，广泛转移，形体消瘦，咳嗽少痰或吐痰血腐肉，咳声低弱，气短喘促，倦怠乏力，口干少津，胸背疼痛，舌红或淡，脉细弱。治法：益气养阴，解毒排腐。方药：党参、沙参、黄芪各 30g，金银花、血余炭各 24g，瓜蒌、山慈姑各 15g，麦冬、白芨、生地各 12g，五味子 6g，水煎服，分 3 次，1 剂/d。

（五）单验方：

早期：蘑菇 30g、野葡萄根 60g、蜂蜜适量，前 2 味煎汤，蜂蜜调味服。1 剂/d，常服；或用紫草根、天冬、生地、龙葵各 10g，沙参 6g，藕粉 30g，白糖适量。将前 5 味药煎汤去渣，趁热烫熟藕粉，白糖调味服。

后期：白芨 18g、蜂房 9g、红糖适量。将诸药煎汤，红糖调服。1 剂/d，15d 为 1 疗程。

自发性气胸

肺或胸膜病变使脏层胸膜破裂而引起空气逸入胸膜腔称自发性气

胸。常继发于基础肺部病变，如肺结核、慢性阻塞性肺疾患、肺癌、尘肺等。临床上以突然出现一侧胸痛、咳嗽、胸闷为特点。

【诊断要点】

(一)有肺气肿、肺结核、肺脓肿等慢性肺和胸膜病史。

(二)起病常有下列诱因，如屏气、用力过猛、剧烈咳嗽、提重物等。有的患者诱因不明显。

(三)突然出现一侧剧烈的胸痛、呼吸困难及刺激性咳嗽。严重者烦躁不安，出冷汗伴有紫绀甚至休克。

(四)患者胸廓饱满，呼吸运动减弱，语颤消失，叩诊呈鼓音，呼吸音明显减弱或消失，气管和心脏向对侧移位。局限性气胸体征不明显。

(五)X线检查：可见气胸线(发线影)，气胸线内肺组织向肺门部萎陷，线外气胸部位透光度增加，无肺纹理，可伴有纵隔移位。并发胸腔积液时可见液平面。

(六)人工气胸器检查能进一步证实气胸，并通过检测胸内压力，明确气胸类型：①闭合性气胸：胸内压可为正压，抽气后压力下降，留针观察2～3min压力不再升高；②开放性气胸：胸内压波动在零上下，即使大量抽气，压力亦无明显改变；③张力性气胸：胸内压常高至78.4～98.1Pa(8～10cmH_2O)，抽气后压力暂时下降，留针观察压力又迅速升高。

【治疗】

(一)胸腔穿刺排气术：肺压缩＜30%时经卧床休息能自行吸收，不需排气。肺压缩＞30%或严重慢性阻塞性肺疾病合并气胸者常需排气。重症气胸应做紧急排气处理。常规穿刺部位选择患侧锁骨中线第2肋间或腋前线第4～5肋间隙。开放性气胸、张力性气胸和反复发生的闭合性气胸，常需做水封瓶胸腔闭式引流术。

(二)对症处理：咳嗽剧烈者可用镇咳药，如咳必清25mg，3次/d，口服；可待因0.03g，3次/d，口服。有肺部感染者应用抗生素治疗，如青霉素40万－80万u，2～3次/d，肌肉注射；链霉素0.5g，2次/d，肌肉注射。呼吸衰竭者给予吸氧。安静卧床休息。

(三)复发性气胸，约1/3气胸2～3年内可在同侧复发，对于多次复发的气胸，可考虑胸膜粘连术。方法是在负压排气后向胸腔内注入50%葡萄液30～50ml、20%灭菌滑石粉悬液10ml或四环素，使胸膜粘连。

(四)治疗原发病,有肺结核者应行抗结核药物治疗。

(五)慢性气胸或形成支气管胸膜瘘者主张手术治疗。

第二节　循环系统疾病

慢性心功能不全

心功能不全系指在有适量静脉回流情况下,心脏排出的血液不足以维持组织代谢需要的一种临床综合病征。又称充血性心力衰竭,其临床特征为心排出量下降、组织血流量减少、肺循环和(或)体循环静脉瘀血及静脉压升高。按病程分为急性和慢性2种,慢性心衰较常见。按症状和体征分为左心、右心和全心衰竭。

【诊断要点】

(一)左心衰竭:

1. 症状:

(1)呼吸困难是左心衰竭最早期和最常见的症状,其特点为:①劳力性呼吸困难:初期仅于较重体力劳动时出现,休息后很快好转;较重时轻体力劳动即可引起呼吸困难;严重者休息时亦感呼吸困难;②夜间阵发性呼吸困难:入睡并无困难,但在夜间熟睡后1～2h,突然胸闷、气急而需被迫坐起;③端坐呼吸:即使在平卧休息也感呼吸困难,被迫采取半卧位或坐位。

(2)咳嗽、咯痰和咯血。

(3)倦怠、乏力、嗜睡;或烦躁、精神错乱。

2. 体征:

(1)原有心脏病的体征。

(2)心界扩大,心率增快。

(3)交替脉。

(4)心尖区可闻及舒张期奔马律。

(5)呼吸增快,严重者肺底可闻及湿啰音或哮鸣音。

3. X线检查:

(1)心影扩大：系左心室扩大。

(2)肺瘀血表现：肺门影增大、加深，肺纹理增多、变粗。

(3)肺水肿表现：肋膈角附近出现短细水平线称 Kerley B 线。

4．心电图检查：呈左心室肥大图形。

(二)右心衰竭：

1．症状：

(1)尿量减少，夜尿。

(2)因肝瘀血致右上腹不适疼痛。

(3)因胃肠瘀血致食欲不振、恶心、呕吐。

2．体征：

(1)颈静脉怒张，肝－颈静脉回流征阳性。

(2)双下肢或腰骶部水肿。

(3)肝脏肿大，肝区压痛。

(4)静脉压升高超过 1.4kPa(14cmH_2O)。

(三)全心衰竭：

1．可同时具有左心衰和右心衰的临床表现。

2．因右心衰致右心排血量减少，左心衰所致的呼吸困难可有所减轻或不明显。

【附】心功能分级

心功能一级(心功能代偿期)：体力活动不受限制，日常活动不引起心功能不全的表现。

心功能二级(心力衰竭Ⅰ度)：体力活动轻度受限制，一般活动可引起乏力、心悸和呼吸困难等症状。

心功能三级(心力衰竭Ⅱ度)：体力活动明显受限制，轻度活动即引起上述症状。

心功能四级(心力衰竭Ⅲ度)：体力活动重度受限制，患者不能从事任何体力活动，即使在休息时亦有症状。

【治疗】

(一)减轻心脏负荷：

1．休息，必要时给予镇静剂或安眠剂，如苯巴比妥、安定、舒乐安定。

2．低盐饮食，少量多餐，一般心衰患者钠盐应限在 5.0g/d 以下，重

患者限制在 1.0g/d 以下。

3. 吸氧。

(二)利尿剂应用:

1. 双氢克尿噻 25～50mg, 口服, 3 次/d。

2. 速尿 20mg, 口服, 1～2 次/d;20mg 加入 25% 葡萄糖液 20ml 中, 静脉注射, 于 10min 内注完。

3. 利尿酸 25～50mg, 口服, 3 次/d;25mg 加入 25% 葡萄糖液 20ml 中, 静脉注射, 于 10min 内注完。

4. 安体舒通 20mg, 口服, 3 次/d。

5. 氨苯喋啶 50mg, 口服, 3 次/d, 饭后服, 3～5d 为 1 疗程。

利尿剂的应用原则和注意事项:①小剂量利尿剂和低盐饮食(1.0g/d 以下)相结合的疗法, 可使多数轻、中度水肿消退;②一般以小剂量双氢克尿噻开始, 逐渐加大剂量。当疗效不佳或心衰较重时再用速尿或利尿酸, 必要时双氢克尿噻可与速尿或利尿酸合并使用;③应用双氢克尿噻、速尿或利尿酸时最好合并应用安体舒通或氨苯喋啶或同时口服 10% 氯化钾 10ml, 3 次/d;④应用利尿剂期间, 应严密观察病情, 记录出入水量, 每周测体重 1～2 次, 定期检测血钾、钠、钙、氯, 以便观察疗效和有无电解质紊乱。

(三)血管扩张剂应用:

1. 适应证:

(1)急性心肌梗死在最初 48h 发生左心衰者。

(2)不能立即手术而有心力衰竭的反流性心脏瓣膜病。

(3)慢性难治性心力衰竭。

(4)扩张型心肌病。

2. 禁忌证:

(1)心脏瓣膜严重狭窄者合并心力衰竭。

(2)梗阻性心肌病合并心力衰竭。

3. 常用血管扩张剂(见表 2－2－1)。

(四)洋地黄类制剂应用:

1. 适应证:

(1)各种充血性心力衰竭。

(2)伴有快速室率的心房颤动及扑动。

表 2-2-1 常用的血管扩张剂

主要作用部位	药物	给药途径	作用时间		常用剂量
			开始	持续	
动脉	肼苯哒嗪	口服	10～20min	6h	25～75mg, 3～4 次/d
	苯肾胺	口服		4～6h	10～20mg, 2～3 次/d
	苄胺唑啉	静滴	即刻	数分钟	0.1mg/min 开始每 10～15min 加 0.1 mg/min
动脉静脉	哌唑嗪	口服	0.5～2h	6h	首剂 0.5mg, 以后 1～5mg, 每 6～8h 1 次
	颈甲丙脯氨酸	口服	0.5～1.5h	6h	12.5～25mg, 每 8h 1 次
	硝普钠	静滴	即刻	数分钟	16μg/min 开始, 每 10～15min 加 3～6μg/min
	咪噻芬	静滴	即刻	数分钟	1～1.5mg/min 开始, 以后酌情滴定剂量
静脉	硝酸甘油	舌下	数分钟	20～30min	0.3～0.6mg
		油膏外敷		3～5h	15mg(4cm), 临睡前
		缓释贴片		8～12h	5～30mg, 1～2 次/d
		静滴	即刻	数分钟	5～10μg/min 开始, 20～50μg/min 维持
	二硝酸异山梨醇	舌下	2～3min	1～1.5h	2.5～10mg, 每 4h 1 次
		口服	15～30min	4～5h	5～20mg, 每 4～6h 1 次

(3)阵发性室上性心动过速。

(4)有心脏扩大或心衰病史者, 在手术前或分娩前预防用药。

2. 禁忌证:

(1)洋地黄过敏或中毒为绝对禁忌。

(2)预激综合征伴心房颤动和扑动慎用。

(3)二度或高度房室传导阻滞慎用。

(4)肥厚性梗阻型心肌病而无心房颤动或明显心衰者。

(5)单纯性重度二尖瓣狭窄伴窦性心律者。

3. 常用的洋地黄类制剂(见表2-2-2)。

表2-2-2 常用的洋地黄类制剂

类别	品名	给药途径	药物作用				半寿期	负荷量(给药时间)	维持量(每日)
			开始时间	高峰时间	维持时间	消失时间			
速效类	毒毛旋花子甙K	静注	5min	0.5~1h	1~2d	2~3d	21h	0.25~0.5mg	
	毛花甙丙	静注	5~10min	0.5~2h	1~2d	3~5d	33h	1.0~1.6mg(24h)	0.2~0.4mg
	地高辛	静脉	5~10min	0.5h					
缓效类	地高辛	口服	1~2h	4~6h	1~2d	5~10d	36h	0.75~1.5mg(1~2d)	0.125~0.5mg
	洋地黄叶	口服	2~4h	8~12h	4~7d	2~3周	4~6d	0.8~1.0g(3~5d)	0.05~0.1g
	洋地黄毒甙	口服	2~4h	8~12h	4~7d	2~3周	4~6d	0.8~1.0mg(3~5d)	0.05~0.1g

4. 洋地黄中毒的表现:

(1)胃肠道反应:恶心、呕吐、食欲不振。

(2)心脏反应:各种心律失常,如室性早搏、房室传导阻滞、快速异位心律。

(3)神经系统反应:头痛、眩晕、黄视或绿视、视力模糊。

5. 洋地黄中毒的治疗:

(1)停用洋地黄类制剂和排钾利尿剂。

(2)快速性心律失常可选用:①补充钾盐:氯化钾1~2g溶于5%葡萄糖液500ml内静滴;②苯妥英钠:首次剂量为100~200mg溶于20ml注射用水中,50mg/min静注,必要时每隔10min静注100mg,但总量不超过250~300mg;③利多卡因:首次剂量50~100mg溶于10%葡萄糖液20ml中静注,必要时可重复注射,但总量不超过250~300mg,继之以1~4mg/min静滴。

(3)缓慢性心律失常可选用阿托品 0.5～1.0mg 皮下或静脉注射；或者选用山莨菪碱或异丙肾上腺素。

(4)特异性地高辛抗体，用于治疗严重的地高辛中毒。

(五)中医治疗：

1. 气阴两虚：心悸，气喘，稍活动后尤甚，疲乏，头晕，盗汗，颧红，心烦失眠，舌质偏红，脉结代或细数。治法：益气敛阴。方药：生脉散加生地、阿胶、茯苓、远志、枣仁、炙甘草。若心动悸、脉结代，可加用桂枝通阳；若兼有咳嗽、咯痰而黄，可加用桑白皮、知母、贝母清肺化痰。

2. 血瘀水阻：口唇紫绀，两颧暗红，心悸怔忡，气急动则更甚，下肢水肿，舌暗或有紫斑，脉涩或结代。治法：化瘀行水。方药：膈下逐瘀汤合五苓散加减。若气滞明显，可加乌药、枳壳、香附。

3. 阳虚水泛：心悸气喘，畏寒肢冷，腰酸尿少，面色苍白或青紫，全身浮肿，舌淡、苔白，脉沉细数或结代。治法：温阳利水。方药：真武汤加减。

4. 阳气欲脱：气喘心悸极为严重，烦躁不安，大汗淋漓，四肢厥冷，尿少浮肿，舌淡、苔白，脉沉细欲绝。治法：回阳益气固脱。方药：参附龙牡汤合参蛤散加减。为及时抢救，可静脉应用生脉注射液或人参注射液。

(六)针灸治疗：

1. 体针：内关、间使、通里、神门。有气滞时可加太冲、期门；瘀血时加血海；水肿时加水分、曲泉、中极；阳虚欲脱时加膻中、气海、足三里。

2. 灸法：取内关、心俞、神门、巨阙、阴陵泉、关元、通里。采用悬灸法。

3. 耳针：心瓣膜、心肌、前列腺、肾上腺、心、小肠。也可用埋针法或压丸法。

4. 穴位注射：取内关、间使、郄门、少海、心俞、足三里、三阴交。每次选 2～3 穴，每穴注入复方当归注射液或维生素 B_1 0.5～1ml。

(七)单验方：

1. 麦冬、枣仁、党参(重症用人参 6g)各 12g，黄连、五味子各 6g，夜交藤 15g。1 剂/d，水煎分 3 次服，7d 为 1 疗程。可随证加减。

2. 党参、怀山药、龙骨各 15g，熟地、枣仁各 12g，茯苓、麦冬各 10g，五味子、炙远志各 5g，肉桂 2g，炙甘草 3g。水煎服，1 剂/d。

(八)饮食疗法：

1. 猪心 1 个，带血破开，放入大枣 15g，置碗内加水，隔水蒸食用。

2. 乌豆 50g、龙眼肉 15g、大枣 50g，清水 3 碗煎至 2 碗，分早晚服。

心 律 失 常

由于心脏内冲动的起源或传导发生异常而使整个心脏或其一部分的活动变为过速、过缓或不规则，或各部分活动程序发生紊乱时，即形成心律失常。临床上可按其发作时心率的快慢分为快速性和缓慢性 2 大类（见表 2－2－3）。此种分类方法较简便且实用

表 2－2－3 各种快速性和缓慢性心律失常

Ⅰ. 快速性心律失常	Ⅱ. 缓慢性心律失常
过早搏动 房性 房室交界性 室性 心动过速 窦性 室上性 阵发性室上性心动过速 非折返性房性心动过速 非阵发性交界性心动过速 室性 室性心动过速(阵发性、持续性) 尖端扭转型 加速性心室自主心律 扑动和颤动 心房扑动 心房颤动 心室扑动 心室颤动 可引起快速性心律失常的预激综合征	窦性缓慢性心律失常 窦性心动过缓 窦性停搏 窦房阻滞 病态窦房结综合征 房室交界性心律 心室自主心律 可引起缓慢性心律失常的传导阻滞 房室传导阻滞 一度 二度(Ⅰ型、Ⅱ型) 三度 心室内传导阻滞 完全性右束支传导阻滞 完全性左束支传导阻滞 不完全性左或右束支传导阻滞 左前分支阻滞 左后分支阻滞 双侧束支阻滞 右束支传导阻滞合并分支传导阻滞 三分支传导阻滞

一、过早搏动

过早搏动又称期前收缩、期外收缩或额外收缩，简称早搏，是指异位起搏点发出的过早冲动引起的心脏搏动，为最常见的心律失常。根据早搏起源部位的不同可将其分为房性、房室交界性和室性，其中以室性早搏最常见。

【诊断要点】

（一）偶发的早搏多无症状，亦可有胸内冲击感或心脏突然停顿感；频

发早搏可引起心悸、乏力、晕厥。

(二)听诊可发现正常搏动后的早搏以及随后较长的间歇、早搏的第一心音增强、第二心音减弱或消失。

(三)心电图特征：

1. 房性早搏：

(1)提前出现的P′波，其形态与窦性P波不同。

(2)P′－R间期≥0.12s。

(3)多数早搏的QRS波群形态正常。

(4)多为不完全性代偿间歇。

2. 房室交界性早搏：

(1)逆行P波(Ⅱ、Ⅲ、aVF导联P波倒置，aVR中直立)。

(2)逆行P波可出现在QRS波群之前(P－R间期<0.12s)、之中或之后(R－P间期>0.20s)。

(3)早搏的QRS波群形态与窦性者相同；早搏后为不完全性代偿间歇。

3. 室性早搏：

(1)QRS波群提前出现、宽大(>0.14s)、畸形，其前无相关P波。

(2)T波宽大，与QRS波群主波方向相反。

(3)有完全性代偿间歇。

【治疗】

(一)房性和房室交界性早搏的治疗：

1. 解除疑虑和精神紧张。

2. 频发早搏有症状时，可选用下列药物：

(1)有心力衰竭并未用过洋地黄者，可用洋地黄治疗。

(2)无心力衰竭时可选用：①心得安5～10mg，口服，3次/d；②异搏定40～80mg，口服，3次/d；③乙胺碘呋酮100mg，口服，3次/d，有效后减为50mg，口服，3次/d。

3. 洋地黄中毒引起者，停用洋地黄。可用10%氯化钾10～20ml，口服，3次/d；苯妥英钠，第1d 0.3g，口服3次，第2d 0.2g，口服3次，以后0.1g，口服，3次/d。

(二)室性早搏的治疗：室性早搏多由器质性心脏病所致，有潜在危

险，除治疗基本疾病外可选用下列药物：

1．利多卡因，静脉注射 1～2mg/kg 体重，但 1 次量不超过 300mg，有效后改为 1～2mg/min 静滴。

2．慢心律 0.1～0.2g，口服，3 次/d。

3．心律平 0.1g，口服，3 次/d，有心力衰竭或休克时禁用。

4．乙胺碘呋酮 0.2g，口服，3 次/d。

5．有心力衰竭者用洋地黄；因洋地黄中毒而致者治法同上。参见房性和房室交界性早搏的治疗。

二、心动过速

心动过速是指快速的心搏连续 3 次或更多地出现，其频率超过 100 次/min，根据起搏点部位的不同，分为窦性、室上性（包括房性和交界性）和室性心动过速。

【诊断要点】

（一）窦性心动过速：

1．成人心率超过 100 次/min，常在 200 次/min 以下，节律规则。

2．心电图特征：

（1）窦性 P 波：P 波在Ⅰ、Ⅱ、avF 导联直立，aVR 导联倒置，P－R 间期＞0.12s。

（2）P 波频率超过 100 次/min。

（二）室上性心动过速：

1．突然发作，突然终止，可持续数秒、数小时或数日。

2．心率 120～250 次/min，节律规则，第一心音强度一致，颈动脉搏动强度一致，不受体位和运动影响。

3．发作时可有心悸、胸闷；有冠心病者可发生心绞痛或心肌梗死，有器质性心脏病者可出现心力衰竭或休克。

4．心电图特征：

（1）相当于一系列接连很快的室上性早搏，节律绝对规则。

（2）P 波形态与窦性心律者不同，且常与前 1 个心动周期的 T 波重叠而不易辨认。

（3）QRS 波群形态正常。

（4）ST 段稍下移，T 波低平或倒置。

(三)室性阵发性心动过速：

1．心悸、气促，有冠心病者，可发生心绞痛、心力衰竭、休克、晕厥。

2．心率突然增快到160～220次/min，节律轻度不规则，第一、第二心音分裂增宽，第一心音强度不一致，血压和收缩期杂音的强度可随每次搏动而不同。

3．心电图特征：

(1)快速的连续3个或3个以上室性早搏。

(2)心室率超过100次/min，节律规则或轻度不规则。

(3)QRS波群增宽(>0.12s)，畸形。

(4)P波频率正常，与QRS波群无关，常埋于心室波内不易辨认。

(5)T波与QRS波群主波方向相反。

【治疗】

(一)窦性心动过速：

1．主要是针对病因治疗，如控制心力衰竭、纠正低氧血症、控制甲亢、补充血容量、治疗引起发热的疾病。

2．对症处理：

(1)心得安5～10mg，口服，3次/d。

(2)安定2.5～10mg，口服，3次/d。

(二)室上性心动过速：

1．发作期的处理：

(1)刺激迷走神经：如无低血压，刺激迷走神经，尤其是颈动脉窦按摩，能使80%的患者发作中止。方法有以下几种：①用压舌板刺激悬雍垂，诱发恶心呕吐；②深吸气后屏气，用力做呼气动作；或深呼气后屏气，再用力做吸气动作；③颈动脉窦按摩：患者仰卧位，先按摩右侧5～10d。如无效则按摩左侧，切不可两侧同时按摩，以免引起脑缺血；④压迫眼球：患者平卧位，闭眼并向下看，用拇指在一侧眶下适度压迫眼球上部，10s/次。青光眼和高度近视者禁忌。

(2)新斯的明0.5～1.0mg，肌肉注射，有器质性心脏病和支气管哮喘者忌用。

(3)升压药：用苯肾上腺素0.5～1.0mg或甲氧胺10～20mg稀释后缓慢静注或快速滴注。以收缩压不超过20.8～23.4kPa(160～

180mmHg)为度，一只心动过速或停止，应立即停药。有器质性心脏病或高血压者不宜使用。

(4)抗心律失常药物：①维拉帕米2.5～10mg，静注；②心得安0.05～0.2mg/kg体重，静注；③西地兰0.4mg加于25%葡萄糖液20ml，静注，2～4h无效可重复应用，24h总量不超过1.2mg。洋地黄中毒所致者详见心力衰竭章。

(5)电复律：药物治疗无效时可用此法。

2. 预防复发：可选用下列药物维持一段时间。

(1)地高辛0.25mg，口服，1次/d。

(2)心得安5～10mg，口服，3次/d。

(3)奎尼丁0.2g，口服，3次/d。

(4)苯妥英钠0.1g，口服，3次/d。

(二)室性阵发性心动过速：

1. 发作期的处理：

(1)利多卡因50～100mg，静注，有效后以1～2mg/min静滴。

(2)心律平每次0.5～1mg/kg体重，于3～5min内静注。

(3)乙胺碘呋酮每次5～10mg/kg体重，静注。

(4)双异丙吡胺每次2mg/kg体重，于5～10min内静注。

(5)洋地黄中毒者用钾盐和苯妥英钠。

药物治疗无效时，可考虑直流电复律。

2. 预防复发：急性发作控制后，可给予奎尼丁0.2g，口服，4次/d，慢心律0.1g，口服，3次/d；心律平0.3g，口服，3次/d，普鲁卡因酰胺0.5g，口服，4次/d。

三、心房扑动

心房扑动简称房扑，是心房内产生约300次/min的快而规则的冲动，心房收缩快而规则。几乎总是发生于器质性心脏病患者，可以是阵发性，也可以是持续性的。

【诊断要点】

(一)心室率快的心房扑动可有心悸、头晕、心绞痛、昏厥，原有器质性心脏病者易引起心力衰竭。可以出现栓塞表现。

(二)心室率可因房室传导比例的固定或不固定而规则或不规则；颈

静脉搏动快而浅，为心室率的倍数。

（二）心电图特征：

1. 正常 P 波消失，代之以形态、间距和振幅均绝对规则的锯齿样心房扑动波。

2. 心房频率为 250～350 次/min。

3. QRS 波群的形态与窦性心律者相同。

4. T 波不易明视。

【治疗】

（一）发作时心室率快者，用西地兰 0.4mg 加于 25% 葡萄糖液中静注，之后用地高辛 0.25mg，口服，1 次/d，用药 3～5d。

（二）同步直流电或奎尼丁复律，经用药物治疗无效者可用此法。

四、心房颤动

心房颤动亦称心房纤颤，简称房颤，是心房内产生极快（300～600 次/min）而又不规则的冲动，心房各部发生不协调地乱颤，是一种常见的心律失常，可以阵发性或持续性的形式出现。阵发性房颤可见于正常人，持续性房颤常见于心血管病患者。

【诊断要点】

（一）心室率较快者，患者常有心悸、胸闷、乏力、头晕、心室率太快时，可出现心绞痛或心力衰竭，还可引起栓塞。

（二）第一心音强弱不等，心律绝对不规则，脉搏短绌，脉搏快慢不均，强弱不等。

（三）心电图特征

1. 正常 P 波消失，代之以大小不等、形态不一、间距不均的颤动 f 波。

2. 心房频率 350～600 次/min。

3. QRS 波群形态与振幅略有不等，心室律绝对不规则。

【治疗】

（一）心室率不快、症状不明显者，不需特殊治疗。

（二）心室率快者可用下列药物：

1. 洋地黄类药物：西地兰 0.4mg 加于 25% 葡萄糖液 20ml 中静注；或地高辛 0.25mg，口服，1 次/d。

2. 异搏定 5mg 加于 25% 葡萄糖液 20ml 中静注，必要时重复。

（三）同步直流电复律或用奎尼丁复律，但有一定危险性。

五、心室扑动和颤动

心室扑动和心室颤动简称室扑和室颤，是最严重的心律失常，多见于严重的器质性心脏病，尤其是急性心肌梗死和洋地黄中毒，两者对血流动力学的影响均等于室性停搏。

【诊断要点】

（一）患者突然意识丧失、抽搐，继以呼吸停止，如不及时治疗，患者迅速死亡。

（二）听不到心音，也无脉搏。

（三）心电图特征：

1. 室扑：正常 QRS－T 波群消失，代之以大小相等、形态一样、间距相等的 150～300 次/min 的匀齐波。

2. 室颤：正常 QRS－T 波群消失，代之以大小不等、形态不一、间距不等的 250～500 次/min 的不规则波。

【治疗】

参考心脏性猝死。

六、窦性心动过缓

窦性心律的频率慢于 60 次/min 称为窦性心动过缓。主要由于迷走神经张力过高所致，常见于运动员及老年人；病理情况下，见于颅内压增高、甲状腺功能减退、血钾过高、低温，以及应用洋地黄、β 阻滞剂、利血平、胍乙啶等药物，还有心肌炎、心肌病、急性下壁心肌梗死早期、病窦综合征等。

【诊断要点】

（一）心率常在 40～60 次/min 之间，节律规则。

（二）有头晕、胸闷。

（三）心电图特征：

1. 窦性 P 波，P 波速率低于 60 次/min。

2. P－R 间期＞0.12s。

3. 常伴窦性心律不齐。

【治疗】

(一)心率不低于50次/min者，一般不需治疗。

(二)心率低于40次/min时，可用阿托品0.3～0.6mg，口服，3次/d；麻黄素25mg，口服，3次/d；异丙肾上腺素10～15mg，含服，每3～4h 1次。

七、窦性心律不齐

从窦房结发出的冲动明显不规则，称为窦性心律不齐。多由迷走神经张力变化所致，常见于儿童及青年，无临床意义，不需治疗。

【诊断要点】

(一)心率快慢稍有不齐，多于吸气时加快、呼气时减慢，运动后或屏气时心律不齐可消失。

(二)心电图特征：

1. 窦性P波。

2. P－P间隔长短不一，相差超过0.12s。

【治疗】

不需特殊治疗。

八、窦性停搏

窦性停搏(窦性静止)是指窦房结在一个或多个心动周期中不产生冲动，以致不能激动心房和整个心脏。多因窦房结功能低下所致，也见于洋地黄、奎尼丁的毒性作用及各种病因引起的病窦综合征，偶尔见于迷走神经张力增高的患者。

【诊断要点】

(一)患者有头晕，甚至昏厥和抽搐。

(二)心电图特征：

1. 在正常窦性心律中，突然出现1个较长的P－P间歇，在此间歇内无P－QRS－T波群。

2. 较长的P－P间歇与正常窦性P－P间歇无整倍数关系。

3. 有时在长P－P间歇中可出现室性或交界性逸搏。

【治疗】

(一)窦性停搏频繁伴明显症状者可用阿托品、麻黄素或异丙肾上腺素治疗。

(二)有阿－斯综合征者，用异丙肾上腺素0.5～1.0mg加入10%葡萄糖液500ml中，静脉滴注，如疗效不满意者，应考虑安装人工心脏起搏器。

九、房室传导阻滞

房室传导阻滞是指冲动从心房传至心室的过程中受到阻滞或延迟，按其阻滞程度可分为3度：第1度为冲动自心房传至心室的时间延长；第2度为部分心房传下的冲动不能到达心室；第3度为所有的心房冲动均不能传至心室，结果阻滞部位以下出现一个起搏点控制心室活动。第1、2度房室传导阻滞又称不完全性房室传导阻滞，第3度房室传导阻滞又称完全性房室传导阻滞。房室传导阻滞常见于器质性心脏病、洋地黄中毒，偶尔见于迷走神经张力过高及先天性心脏病。

【诊断要点】

第1度房室传导阻滞：

1. 多无自觉症状，听诊第一心音减弱。

2. 心电图特征：

(1)P－R间期＞0.20s。

(2)每个P波后都有QRS波群。

第2度房室传导阻滞：

1. 第2度Ⅰ型房室传导阻滞患者可能自觉心搏脱漏，听诊有心搏脱漏，心音强度随P－R间期改变而改变。

2. 第2度Ⅱ型房室传导阻滞患者常有疲乏、头昏、晕厥、抽搐和心功能不全，可在短期内进展到完全性房室传导阻滞，听诊心律可整齐或不整齐，取决于房室传导比率的改变。

3. 心电图特征：

(1)第2度Ⅰ型又称文氏现象或莫氏Ⅰ型：P－R间期逐渐延长，直到P波后心室脱漏，心室脱漏后P－R间期再逐渐延长直到再次心室脱漏，如此周而复始。

(2)第2度Ⅱ型又称莫氏Ⅱ型：①P－R间期固定，可能正常或延长，每隔1个或数个P波之后有1个心室脱漏，从而形成不同比例的房室传导；②房室传导比例超过3:1为高度房室传导阻滞。

第3度房室传导阻滞：

1. 轻者自觉心跳缓慢，重者有头晕、心悸、胸闷、活动时症状加重；严重时可出现阿－斯综合征甚至猝死。

2. 听诊心率缓慢而规则，第一心音强弱不等，可有大炮音；收缩压增高，脉压增宽。

3. 活动后或注射阿托品后心率增加甚少。

4. 心电图特征：

(1)P 波与 QRS 波群完全无关，各自按自己的频率出现，P 波可在 QRS 波群前、后或与之重合。

(2)心房速率较心室速率快，心房律可以是窦性或异位心律。

(3)QRS 波群可正常或宽大畸形。

【治疗】

(一)首先针对病因治疗：

1. 迷走神经张力过高者给予阿托品。

2. 急性感染给予抗生素。

3. 停用对心脏有抑制的药物，如洋地黄、奎尼丁。

4. 纠正高血钾症。

(二)第 1 度和第 2 度Ⅰ型房室传导阻滞预后良好，且不影响血流动力学，如无症状，一般无需治疗。

(三)第 2 度Ⅱ型和第 3 度房室传导阻滞，药物治疗可用：

1. 异丙肾上腺素 5～10mg，舌下含服，每 4h 1 次，严重者可用 1～2mg 加入 5% 葡萄糖液中静脉滴注，控制滴速使心室率维持在 60～70 次/min，应注意过量会导致严重室性心律失常。

2. 麻黄素 25mg，口服，3～4 次/d。

3. 阿托品 0.3mg，每 4h 1 次。

4. 糖皮质激素适用于急性心肌炎、急性心肌梗死、心脏直视手术损伤所致的房室传导阻滞。可口服强的松 10～20mg，3 次/d，必要时用地塞米松 10～20mg/d，静脉滴注。

5. 克分子乳酸钠静脉滴注或推注，适用于高血钾症或酸中毒所致的房室传导阻滞。

如药物治疗无效或曾有阿－斯综合征发作，均应考虑安装临时或永久性人工心脏起搏器。

十、病态窦房结综合征

病态窦房结综合征简称病窦综合征，是由于窦房结或其周围组织的器质性病变导致了功能障碍，从而产生多种心律失常和多种症状的综合征。主要特征是心动过缓，当合并快速室上性心律失常反复发作时称为心动过缓—心动过速综合征。

【诊断要点】

（一）脑供血不足的症状，轻者有头晕、乏力、失眠、记忆力减退、反应迟钝，严重者有言语不清、语无伦次、轻瘫、判断错误、眩晕和晕厥发作。

（二）胃肠血流灌注不足与瘀血，出现轻度消化不良现象。

（三）肾供血不足症状，偶有轻度间歇性少尿。

（四）心脏供血不足症状，在原发心脏病基础上，出现心悸、心绞痛发作、缓脉、脉搏不整，少数可发生心力衰竭、急性肺水肿。

（五）辅助检查：

1．心电图特征：

（1）窦性心动过缓。

（2）窦房阻滞和窦性停搏。

（3）在窦性停搏时无次级起搏点夺获心室。

（4）异位房性或交界性心律。

（5）阵发性房颤、房扑或房性心动过速时，在没有使用洋地黄、β阻滞剂或钙拮抗剂的情况下，反呈中等到缓慢的心室反应。

（6）在房性快速心律失常中止时，窦房结恢复时间延长。

2．激发试验：病窦综合征时阳性。

（1）运动试验：监护下做蹲起运动、二级梯运动、踏板运动至最大耐受程度为止，如运动后心率最快时不超过 90 次/min 为阳性。

（2）阿托品试验：试验前做常规导联心电图，快速静注阿托品 1mg 后 1min、2min、3min、5min、10min、15min、20min、30min，分别描记心电图（标准导联Ⅱ）或测心率，最快心率不能超过 90 次/min 为阳性。阴性者应再用阿托品 2mg 重做 1 次。青光眼和前列腺肥大者禁做本试验。

（3）异丙肾上腺素试验：试验前做常规导联心电图，静滴异丙肾上腺素（0.5mg 加入 5% 葡萄糖液 500ml 中，1～2μg/min）后 2min、5min、8min、12min，分别描记心电图（标Ⅱ导）或测心率，最快心率不超过 90 次/min

为阳性。静滴过程中如有早搏(尤其室早)则应停做。

3. 心房调搏:测定窦房结恢复时间(正常值为0.9～1.1s)与窦房传导时间(正常值为70～120ms),均明显延长。

【治疗】

(一)病因治疗:参见各有关章节。

(二)对症治疗:

1. 许多病窦综合征的患者无需治疗,因为无证据表明起搏治疗对没有症状或极轻症状的患者有益,预防性起搏治疗是不适当的。

2. 心动过缓、有供血不足症状、不伴有快速性心律失常者,可给予提高心率的药物,如阿托品、麻黄素、异丙肾上腺素。避免应用一切能减慢心率的药物。

3. 伴有快速性心律失常者,最好在人工心脏起搏的情况下,应用控制快速性心律失常的药物,如无条件进行人工心脏起搏,可试用苯妥英钠、乙胺碘呋酮、溴苄胺等或在监护下同时应用阿托品和抗快速性心律失常药物。禁用电复律。

4. 反复发生晕厥或心动过缓　心动过速综合征者,应进行人工心脏起搏。

十一、心律失常的中医和其他治疗

(一)中医治疗:

1. 气血不足:心悸不安,活动后易发,气短,自汗,头晕,神倦,失眠健忘,面色皖白,舌淡,脉细弱。治法:益气养血。方药:十全大补汤加减。

2. 阴虚火旺:心悸不宁,五心烦热,头晕目眩,口干欲饮,舌红、苔薄黄,脉弦细数。治法:滋阴降火。方药:补心丹合朱砂安神丸加减。

3. 痰火扰心:心悸时发时止,受惊易作,胸闷烦躁,痰多粘稠,失眠头昏,恶梦纷纭,口干苦,便秘尿赤,舌苔黄腻,脉弦滑数。治法:清热化痰。方药:黄连温胆汤加减。

4. 心血瘀阻:心悸胸闷或有阵发性心胸疼痛,痛如针刺,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩或结代。治法:活血化瘀。方药:血府逐瘀汤加减。

5. 心阳虚弱:心悸气短,动则更甚,面色苍白,形寒肢冷,舌淡、苔白,脉沉细弱或促而无力。治法:温阳回逆。方药:参附汤合桂枝甘草龙牡汤加减。

心律失常证情比较复杂，在认真辨证论治的同时，可相应地配伍一些经临床和实验证实的具有明确抗心律失常的中药，如苦参、元胡、当归、郁金、菖蒲、南星、人参、附子等，以加强辨证论治的作用。

(二)针灸治疗：

1．体针：内关、心俞、三阴交、足三里、神门。

2．耳针：内分泌、心、交感、神门。

3．穴位注射：内关、郄门。每穴注入维生素 B_1 0.5ml 或2%普鲁卡因1ml，1次/d，两侧交替使用。

(三)单验方：

1．党参、黄芪、丹参各30g，补骨脂、制附子各9g，川芎12g，桂枝、甘草各6g。阴虚加生地、麦冬、五味子；下肢浮肿加车前子；早搏频繁加甘松。水煎服，1剂/d。

2．除颤汤：丹参20g，苦参、五味子、炙甘草各15g，川芎、三(七)柏子仁各10g。可随证加减。水煎服，1剂/d。主治心悸及快速型心房纤颤。

3．四参复脉汤：人参(党参15g)、三七参(冲服)各2.5g，丹参、苦参各20～40g，麦冬、五味子、生地、当归、瓜蒌、茯苓各12～15g，炙甘草6～12g。水煎服，1剂/d。主治冠心病频发室性早搏。早搏消失或减少后，可以上药为主，研末装入胶囊，吞服，每次3～5粒，3次/d。连服1～2个月。

4．伏龙肝100g，沙参、首乌、牡蛎各20g，山药30g，枸杞、丹参各15g，菟丝子18g，厚朴8g。水煎服，1剂/d。适用于窦性心动过速。

原发性高血压

原发性高血压即高血压病，病因尚未十分明确，是我国最常见的心血管疾病，常引起严重的心、脑、肾并发症，是脑卒中、冠心病的主要危险因素。

【诊断要点】

(一)确定有无高血压：

1．定期检查血压或对可疑者一日多次或多日多次测量血压。

2．高血压标准(WHO制定)：收缩压≥21.3kPa(160mmHg)和(或)舒张压≥12.6kPa(95mmHg)。

3. 临界性高血压：指血压超过正常范围，但未达到高血压标准，即舒张压在 12.1～12.5kPa(91～94mmHg)，收缩压在 18.8～21.2kPa(141～159mmHg)。

(二)除外继发性高血压(表 2－2－4)：

表 2－2－4　继发性高血压的病因

1. 肾脏：	颅内压增高
肾小球肾炎	脑干感染
肾盂肾炎	4. 动脉：
胶原组织病	肾动脉狭窄
糖尿病	主动脉缩窄
先天性病变(多囊肾)	多发性大动脉炎
2. 肾上腺：	5. 其他：
原发性醛固酮增多症	避孕药、甘草、拟交感神经药
嗜铬细胞瘤	子痫病
柯兴综合征	红细胞增多症
肾上腺性变态综合征	肢端肥大症
3. 中枢神经系统：	高血钙
脑肿瘤	

(三)原发性高血压的分期：

第 1 期：有高血压，但临床无心、脑、肾脏方面表现，眼底改变Ⅰ级(视网膜动脉变细)。

第 2 期：有高血压，并有心、脑、肾脏任一损害的表现，但属代偿期；眼底改变Ⅱ级(视网膜动脉狭窄，动脉交叉压迫)。

第 3 期：有高血压，并有下列 1 项者：脑溢血或高血压脑病；心力衰竭；肾功能衰竭；眼底改变Ⅲ级(眼底出血或渗出)、Ⅳ级(视乳头水肿)。

(四)高血压脑病的诊断要点：

1. 血压突然或短期内明显升高。

2. 剧烈头痛、呕吐、视力模糊、抽搐、昏迷。眼底可有渗出和出血或视乳头水肿。

[治疗]

(一)非药物治疗：

1. 饮食：限盐(食盐 6.0g/d 左右)，低动物脂肪、低胆固醇饮食。肥胖者应减轻体重。

2. 休息：适当休息，劳逸结合，生活规律，睡眠充足，情绪轻松稳定，

必要时服镇静剂。

3．嗜好：戒烟，不饮浓茶和烈性酒。

4．体疗：如跑步、行走、游泳、气功、太极拳等。

5．理疗：如超声波、磁疗等。

（二）药物治疗：

1．利尿剂应用。参见心功能不全章。

2．β受体阻滞剂应用：

（1）阿替洛尔 50～200mg，口服，1～2 次/d。

（2）美托洛尔 100－200mg，口服，1～2 次/d。

（3）纳多洛尔 80～160mg，口服，1～2 次/d。

3．钙拮抗剂应用：

（1）心痛定 5～10mg，口服，3 次/d。

（2）尼群地平 10mg，口服，2～3 次/d。

（3）尼莫地平 20mg，口服，2 次/d。

（4）维拉帕米 40～120mg，口服，3－4 次/d；稀释后以 0.075～0.15mg/kg体重缓慢静注或静滴。

4．血管紧张素转化酶抑制剂应用

（1）卡托普利 12.5～25mg，口服，2～3 次/d。

（2）依那普利 2.5～10mg，口服，2 次/d。

5．血管扩张剂应用：

（1）甲基多巴 0.25～0.5g，口服，3 次/d。

（2）哌唑嗪 0.5－ 1.0mg，口服，3 次/d。

（3）利血平 0.5mg，口服，2～3 次/d；0.5～1.0mg，肌注或静注。

（4）肼苯哒嗪 25～30mg，口服，3 次/d。

（5）敏乐定 2.5mg，口服，4 次/d。

（6）吲达帕胺 2.5mg，口服，1 次/d。

（三）高血压脑病的治疗：

1．硝普钠：开始以 10～25μg/min 静滴，然后根据血压反应，每隔 5～15min 增加剂量，至血压满意下降为止，可达 300μg/min，疗程不超过 1～2d，使用时注意避光。

2．硝酸甘油：开始以 5～10μg/min 静滴，逐渐增加剂量，停药后数分

钟内作用消失。

3.25%硫酸镁5～10ml,肌注。

4.利血平1～2mg,肌注。

5.心痛定10～20mg,舌下含服。

(四)降压药物的选择和应用注意事项:

1.对老年人和(或)低肾素型者,利尿剂或钙拮抗剂可作为首选药,而对较年轻和(或)正常或高肾素型者,β受体阻滞剂和血管紧张素转化酶抑制剂效果可能较好。

2.合并冠心病时,β阻滞剂或钙拮抗剂是首选药物。

3.有糖尿病、高脂血症或痛风时,不宜选用β阻滞剂或利尿剂。

4.伴有肾功能不全时,β受体阻滞剂和血管紧张素转化酶抑制剂不宜使用,心痛定和速尿可以选用。

(五)中医治疗:

1.肝火亢盛:头目胀痛,心烦易怒,面红目赤,口苦胁痛,睡眠不宁,大便干结,舌红、苔少或薄黄,脉弦。治法:平肝泻火。方药:龙胆泻肝汤合天麻钩藤饮加减。

2.阴虚阳亢:头晕眼花,目涩而干,耳鸣健忘,腰膝酸软,五心烦热,舌红、苔少或无苔,脉沉细而数。治法:育阴潜阳。方药:杞菊地黄丸合天麻钩藤饮加减。

3.阴阳两虚:头晕目眩,耳鸣,失眠多梦,腰酸腿软,怕冷,筋惕肉瞤,舌淡或红、苔白、脉弦细。治法:育阴助阳。方药:二仙汤加龟版、杜仲、牛膝。

4.痰湿壅盛:头重头痛,头晕发昏,心烦欲吐,少食多眠,腹泻痞满,舌胖质淡、苔白腻或厚腻,脉弦滑。治法:祛痰化湿。方药:半夏白术天麻汤加减。

(六)针灸治疗:

1.体针:肝火上亢取风池、太阳、合谷、太冲;阴虚阳亢取风池、太阳、神门、太溪、太冲;阴阳两虚取风池、曲池、百会、肾俞、三阴交、足三里;痰湿壅盛取风池、太阳、内关、中脘、丰隆、足三里。

2.灸法:对阴阳两虚者可选足三里、肾俞、三阴交、绝骨。每次2～3穴,每穴灸1～3壮。

3. 拔罐：针刺大椎，待有下串针感时，在针柄上放一酒精棉球点燃，扣上火罐10min，隔日1次，10次为1疗程。疗程间隔5～7d。

4. 耳针：取肾上腺、降压沟、心、神门，内分泌、太阳、额、肝、肾。

5. 电针：太阳、头维、百会、风池、人迎、内关、肾俞、足三里、三阴交。

6. 激光针：人迎、曲池；耳穴降压沟。

7. 刺血：三棱针点刺大椎、曲泽、委中、太阳　每次出血量5～10ml，每隔5～7d 1次，5次为1疗程。

8. 贴敷：取神阙、涌泉。将吴茱萸(胆汁拌制)100g、龙胆草60g、上硫黄20g、朱砂15g、明矾30g共研细末，加入适量小蓟根汁调成糊状。用时取10～15g，分别贴在穴位上，覆盖纱布，胶布固定，2d更换，1月1疗程。

9. 穴位注射：1%普鲁卡因15ml，注入足三里10ml、曲池5ml，左右侧交替使用，2～3d 1次，10～20d为1疗程。

(七)埋线疗法：取穴：大椎、曲池。埋羊肠线2cm，15～20d 1次，疗程为6个月～1年。

(八)推拿疗法：

1. 患者坐位，揉捏项肌，点按风池；嘱仰卧，提拿足三阴经，点按阳辅、太冲、太溪。适用于肝火上亢型。

2. 患者坐位，揉捏项肌，提拿肩井；嘱仰卧，提拿足三阳经，点按丰隆、足三里、太冲。适用于阴阳两虚型。

3. 患者坐位，揉捏项肌，点按曲池，揉拿手三阳经，点按内关、曲池；嘱仰卧，提拿足三阴经，点按三阴交、太溪。适用于肝肾阴虚型。

(九)气功疗法：练功的原则强调松、静、降三字，常用的方法有以下2种。

1. 放松功：椅坐式，自然深呼吸，默念松、静二字，诱导身体各部分从头至脚以至心脏、血管、神经，依次放松。

2. 站桩功：两脚分立，两膝微屈，腰直，胸平，两臂抬起，在胸前做抱大树状，手指微屈，做半握球状，自然深呼吸，同时用意念各种良性的自我暗示，以求身心放松。例如练功时想象有微雨洒身，从头至足，不断下流，有清凉松润的感觉；也可以想象练功环境优美、开阔，空气清新，令人心旷神怡等。这些意念有助于放松和降压。站桩功适宜于体质尚好的患者练习，体弱者可与坐功结合进行，每次站立时间从3～5min开始，逐渐增至

20min 左右，必须注意，症状很明显的高血压病患者不宜练站功。

（十）单验方：

1. 黄芩、山栀、制川军、白芍、甘草、生地、钩藤、怀牛膝，水煎服，1 剂/d。适用于发病初期仅收缩压高者。

2. 谷精草、夏枯草、野菊花、钩藤、决明子、地龙、旱莲草、桑寄生、怀牛膝，水煎服，1 剂/d。适用于血压持续升高者。

3. 盐附子、大生地各 30g，捣烂混融，于每晚贴敷涌泉穴，纱布包扎，次晨去掉。主治高血压兼有脚部麻木者。

4. 菊花 1 000g，川芎 400g，丹皮、白芷各 200g，装入洁净之布袋中，睡时枕用，每袋可用半年。

5. 桑枝、桑叶、苍耳子各 15g，加水 1 000ml，煎至 600ml。在 40～50℃ 水温时泡脚 30～40min，洗后即就寝，1 次/d。

6. 青木香适量，研成粉末，装入胶囊内服，3 次/d。开始每次剂量为 0.4～0.8g，以后逐步增加至 1～2g，饭后服，3 个月为 1 疗程。

（十一）饮食疗法：

1. 菊花、槐花、绿茶各 3g，沸水冲，当茶饮用。

2. 海参 50g、冰糖 50g，共煮，每日晨起空腹服，吃参饮汤。

3. 鲜山楂 10 枚、白糖 30g，将山楂捣烂加糖共煮，吃山楂饮汤，1 次/d。

4. 鲜菠菜沸水烫 3min，以麻油拌食，2 次/d，可治高血压头痛、面红、目眩。

5. 香蕉皮或果柄 30～60g，煎汤服。

6. 玉米须 30g，水煎服，1 次/d。

7. 西瓜翠衣 10～12g，煎汤代茶。

8. 花生米醋泡 7d 后，每天早晚各服 10 粒。

9. 葡萄汁、芹菜汁各等份，温开水送服，2～3 次/d，20d 为 1 疗程。

10. 青头萝卜汁，每次 30ml，2 次/d，连服 10d。

冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病是指冠状动脉粥样硬化使血管腔阻塞导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病，它和冠状动脉功能性改变（痉挛）一起，

统称冠状动脉性心脏病，简称冠心病，亦称缺血性心脏病。本病可分为5种临床类型：隐匿型、心绞痛型、心肌梗死型、心力衰竭和心律失常型、猝死型冠心病。上述5种临床类型可以合并出现，现仅就心绞痛型和心肌梗死型予以阐述。

一、心绞痛

心绞痛是冠状动脉供血不足、心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征，参照WHO的意见可分为劳累性心绞痛、自发性心绞痛、混合性心绞痛。

【诊断要点】

（一）典型心绞痛以发作性胸痛为主要临床表现。疼痛部位主要在胸骨体上段或中段之后可波及心前区，有手掌大小范围，甚至横贯前胸、界限不很清楚。常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指，或至颈、咽或下颌部。

（二）疼痛性质常为压迫、发闷或紧缩性，也可有烧灼感，但不尖锐，不像针刺或刀扎样痛，偶尔伴濒死的恐惧感觉。发作时患者往往不自觉地停止原来的活动，直至症状缓解。

（三）疼痛诱因常为体力劳动、情绪激动（如愤怒、焦急、过度兴奋等）、饱食、寒冷、吸烟、心动过速、休克等亦可诱发，疼痛发生于劳力或激动的当时，而不在劳累后。

（四）疼痛持续时间常在3～5min，最长不超过15min，一般在停止原来诱发症状的活动后即缓解，舌下含服硝酸甘油能在几分钟内使之消失。可数天或数周发作1次，也可1d内多次发作。

（五）平时一般无异常体征。心绞痛发作时常见心率加快、血压升高、表情焦虑、皮肤冷或出汗，有时出现第四或第三心音奔马律。

（六）辅助检查：

1．X线检查：心脏无异常或见心影增大，肺充血等。

2．心电图检查：

（1）静息时约半数在正常范围。

（2）心绞痛发作时绝大多数患者可出现暂时性心肌缺血引起的ST段压低，有时出现T波倒置，在平时有T波持续倒置的患者发作时可变为直立（所谓“假性正常化”）。

(3)心电图负荷试验:①双倍二级梯运动后在以R波占优势的导联上,ST段水平或下斜型压低0.05mV以上持续2min或ST弓背向上型抬高超过0.2mV作为阳性标准,如同时发生心绞痛,则诊断意义更大;②踏板和蹬车运动,主要以ST段水平型或下斜型压低≥0.1mV(从J点起)持续0.08s作为阳性标准。

3.冠状动脉造影对诊断意义更大,可发现各支动脉狭窄性病变的部位并估计其程度。

(七)临床各型心绞痛特点:

1.劳累性心绞痛,其特点是疼痛由体力劳累、情绪激动或其他足以增加心肌需氧量的情况所诱发,休息或舌下含用硝酸甘油后迅速消失。

2.自发性心绞痛,其特点是疼痛发生与心肌需氧量增加无明显关系,疼痛程度较重,时限较长,不易为含用硝酸甘油所缓解。

3.混合性心绞痛,其特点是患者既在心肌需氧量增加时发生心绞痛,亦可在心肌需氧量无明显增加时发生心绞痛。

【治疗】

(一)发作期的治疗:

1.休息:发作时立刻休息,一般患者在停止活动后症状即可消除。

2.药物治疗:

(1)硝酸甘油0.3~0.6mg,舌下含化,1~2min即开始起作用,约0.5h后作用消失。

(2)二硝酸异山梨醇酯5~10mg,舌下含化,2~5min见效,作用维持2~3h。

(3)亚硝酸异戊酯,每安瓿0.2ml,用时以手帕包裹敲碎,立即盖于鼻部吸入,作用快而短,10~15s内开始,几分钟即消失。

(4)在应用上述药物的同时,可考虑用镇静药。

3.必要时吸氧。

(二)缓解期的治疗:

1.避免各种诱发因素。调节饮食,禁绝烟酒,减轻精神负担,保持适当的体力活动和锻炼(散步、太极拳),注意劳逸结合。

2.硝酸酯制剂:

(1)二硝酸异山梨醇酯5~10mg,口服,3次/d。

(2)四硝酸戊四醇酯 10～30mg，口服，3～4 次/d。

(3)长效硝酸甘油片剂 2.5mg，每 8h 服 1 次；用 2% 硝酸甘油油膏或橡皮膏(含 5～10mg)涂或贴在胸前或上臂皮肤而缓慢吸收，可预防卧位型心绞痛发作。

3.β 受体阻滞剂：

(1)心得安 10mg，口服，3～4 次/d，逐步增加剂量，用到 100～200 mg/d。

(2)美托洛尔 50～100mg，口服，3 次/d。

(3)阿替洛尔 25mg，口服，2 次/d。

4. 钙通道阻滞剂：

(1)心痛定 10～20mg，口服，3 次/d，亦可舌下含用。

(2)维拉帕米 80～160mg，口服，3 次/d。

(3)恬尔心(地尔硫䓬)30～90mg，口服，3 次/d。

(4)心可定 15～60mg，口服，3 次/d。

5. 冠状动脉扩张剂：

(1)潘生丁 25～50mg，口服，3 次/d。

(2)脉导敏 1～2mg，口服，2～3 次/d。

(3)乙胺碘呋酮 100～200mg，口服，3 次/d。

(三)其他治疗：

低分子右旋糖酐 250～500ml，1 次/d 静脉滴注，14～30d 为 1 疗程；高压氧治疗可使顽固的心绞痛得到改善；体外反搏能增加冠状动脉的血供；兼有早期心力衰竭者，宜用快速作用的洋地黄类制剂。

(四)外科手术治疗：施行主动脉－冠状动脉旁路移植手术，主要用于内科治疗不能控制的心绞痛。

(五)经皮腔内冠状动脉成形术(PTCA)：在有指征的患者中可代替外科手术治疗而收到同样的效果。其指征为：①心绞痛病程长于 1 年，但使患者失健；②最好是 1 支冠状动脉病变，且病变在近端；③有心肌缺血的客观证据；④患者最好有较好的侧枝循环和左心室功能。

二、心肌梗死

心肌梗死是心肌的缺血性坏死。是在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉血供急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地急性缺血所

致。属冠心病的严重类型。

【诊断要点】

(一)突然发生胸骨后或心前区持续性剧烈疼痛,多无明显诱因,日常发生于安静时,部分患者放射到下颌、颈部、背部上方或上腹部,休息和含用硝酸甘油多不能缓解,患者常烦躁不安、出汗、恐惧或有濒死感。少数患者无疼痛,一开始即表现为休克或急性心力衰竭。

(二)发热,心动过速,频繁的恶心、呕吐和上腹部胀痛,肠胀气,呃逆。

(三)心律失常以室性早搏最多见,低血压和休克;心力衰竭,主要是急性左心室衰竭,右心室心肌梗死者可一开始即出现右心衰竭表现伴低血压。

(四)心界增大,心率多增快,少数可减慢,心尖区第一心音减弱,可出现第四心音奔马律、第三心音奔马律、心尖区粗糙的收缩期杂音。

(五)辅助检查:

1. 心电图检查:根据其梗死部位不同在其相应导联上出现病理性Q波、ST段抬高呈弓背向上,与直立T波连接形成单向曲线。

2. 心向量图检查:有QRS环的改变、ST向量的出现和T环的变化。

3. 放射性核素检查:可显示心肌梗死的部位和范围。

4. 实验室检查:

(1)白细胞增多,红细胞沉降率增快。

(2)血清心肌酶含量增高:①肌酸磷酸激酶在起病6h内升高,48~72h恢复正常;②谷-草转氨酶在起病6~12h后升高,24~48h达高峰,3~6d降至正常;③乳酸脱氢酶在起病8~10h后升高,达高峰时间在2~3d,持续1~2周才恢复正常。

(六)并发症:

1. 乳头肌功能失调或断裂:①心尖区出现收缩中晚期喀喇音和响亮的吹风样收缩期杂音,第一心音不减弱或增强;②可出现心力衰竭或肺水肿。

2. 心脏破裂:①常在起病1周内出现;②心室游离壁破裂,造成心包积血引起急性心包填塞而猝死;③心室间隔破裂造成穿孔,可在胸骨左缘第3~4肋间出现响亮的收缩期杂音,常伴有震颤,可引起心力衰竭和休克而在数日内死亡。

3. 栓塞：①起病后 1～2 周出现脑、肾、脾或四肢动脉栓塞；②下肢静脉血栓部分脱落则产生肺动脉栓塞。

4. 心室膨胀瘤或称室壁瘤：①ST 段抬高持续超过 6 个月者；②X 线透视见局部心缘突出、搏动减弱或有反常搏动。

5. 心肌梗死后综合征：于心肌梗死后数周至数月内出现，可反复发生心包炎、胸膜炎或肺炎。

6. 肩手综合征：于心肌梗死后数周出现肩臂强直、活动受限并疼痛。

【治疗】

(一)监护和一般治疗：

1. 休息：卧床休息 2 周，第 3 周可下床，第 4 周如无不适反应时可室内散步。病重者卧床时间宜适当延长。

2. 吸氧：最初几日间断或持续通过鼻管面罩吸氧。

3. 监测：进行心电图、血压和呼吸监测 5～7d，必要时监测肺毛细血管压和静脉压。

4. 护理：第 1 周患者完全卧床，一切日常生活由护理人员帮助进行。进食不宜过饱；保持大便通畅，如便秘可给缓泻药。

(二)解除疼痛：

1. 哌替啶 50～100mg，肌注；或吗啡 5～10mg 皮下注射，必要时1～2h 再注射 1 次，以后每 4～6h 可重复应用。

2. 可待因或罂粟碱 30～60mg，肌肉注射或口服。

3. 硝酸甘油 0.3mg 或消心痛 5～10mg 舌下含用；或静脉滴注硝酸甘油。

4. 疼痛顽固上述治疗不能解除者，可用人工冬眠疗法，以哌替啶 50～100mg、异丙嗪 25～50mg、氢麦角碱 0.6～0.9mg 加入 5% 葡萄糖 500ml 中静脉滴注，须密切监测血压。

(三)心肌再灌注：

1. 尿激酶：0.5h 内静滴 100 万～150 万 u(适于起病 6h 内者)。滴药前口服阿斯匹林 300mg，以后 300mg/d，连服 3d，改为 50mg/d。

2. 链激酶：皮试阴性后以 75 万 u 加入 5% 葡萄糖液 100ml 中静脉滴注，0.5h 左右滴完，然后每小时给予 10 万 u，连续静脉滴注 24h。

3. 组织型纤溶酶原激活剂：用于静脉或冠状动脉内注射，剂量为

0.75mg/kg 体重，持续 30～120min，冠状动脉内用量减半。

（四）消除心律失常：

1. 起病后立即肌肉注射利多卡因 200～250mg，每 8h 1 次，持续 3d，以预防室性心律失常。

2. 一旦出现室性早搏或室性心动过速，立即用利多卡因 50～100mg，静脉注射，每 5～10min 重复 1 次至早搏消失或总量达 300mg，继以 1～3mg/min 的速度静脉滴注（利多卡因 100mg 加入 5% 葡萄糖液 100ml 中，每分钟滴注 1～3ml），病情稳定后改用慢心律 150mg 或普鲁卡因酰胺 250～500mg，口服，每 6h 1 次维持。

3. 心率缓慢者可用阿托品 0.5～1.0mg 肌肉或静脉注射。

4. Ⅱ度或Ⅲ度房室传导阻滞，在药物治疗同时，准备安置人工起搏器。

5. 发生室颤时，尽快采用非同步直流电除颤；室性心动过速药物疗效不满意时也应及早应用同步直流电复律。

6. 室上性快速心律失常用洋地黄类、维拉帕米等药物治疗不能控制的，可考虑用同步直流电转复窦性心律或用人工心脏起搏器做超速抑制治疗。

（五）控制休克：

1. 补充血容量：用低分子右旋糖酐或 5%～10% 葡萄糖液静脉滴注，每日输液量不超过 1 000ml，输液速度不宜过快。

2. 应用升压药：补充血容量后血压仍不升，可在 5% 葡萄糖液中加入多巴胺 10～30mg、间羟胺 10～30mg 或去甲肾上腺素 0.5～1.0mg 静脉滴注。

3. 应用血管扩张剂：经上述处理后血压仍不升，且有周围血管收缩以致四肢厥冷并有紫绀时，可在 5% 葡萄糖液 100ml 中加入硝普钠 5～10mg、硝酸甘油 1mg 或酚妥拉明 10～20mg 静脉滴注。

4. 其他：纠正酸中毒、避免脑缺血、保护肾功能，必要时应用糖皮质激素和强心甙等，以及主动脉内气囊反搏术。

（六）治疗心力衰竭：主要是治疗急性左心衰竭，以应用吗啡（或哌替啶）、利尿剂和血管扩张剂为主，或用多巴酚丁胺每分钟 10μg/kg 体重静脉滴注，起病后 24h 内宜尽量不用洋地黄类。有右室梗死者应慎用利尿

剂。

(七)其他治疗:

1. 促进心肌代谢药物:维生素 C 3～4g、辅酶 A 50～100u,肌苷酸钠 200～600mg、细胞色素 C 30mg、维生素 B_6 50～100mg 等,加入 5%～10% 葡萄糖液 500ml 中,缓慢静脉滴注,1 次/d,2 周为 1 疗程。

2. 极化液疗法:氯化钾 1.5g、普通胰岛素 8u 加入 10% 葡萄糖液 500ml 中,静脉滴注 1～2 次/d。简化的口服法:葡萄糖 200g、10% 氯化钾 30ml 为 1d 量,分 3 次口服。极化疗法一般用 7～14d。

3. 低分子右旋糖酐 500ml 静脉滴注,1 次/d,2 周为 1 疗程。

4. 透明质酸酶:先用 150u 做皮内试验。如阴性可按 500u/kg 体重静脉注射,首次剂量后的第 2h 和第 6h,再分别给予同样剂量 1 次,以后每 6h 1 次,共 42h。

5.β 阻滞剂:起病早期即应用。心得安 5～10mg,口服,3 次/d;美托洛尔 6.25～25mg,口服,1～2 次/d。

6. 抗凝疗法:肝素 50～75mg 静脉滴注,每 6h 1 次,或 100mg 深部肌肉注射,每 8h1 次,共 2d。维持凝血时间在正常的 2 倍左右(试管法 20～30min),同时口服双香豆素,首剂 200mg,第 2d 100mg,以后以 25～75 mg/d维持,疗程至少 4 周。

(八)并发症的处理:

1. 并发栓塞时,可用抗凝疗法或用溶解血栓疗法。

2. 心室膨胀瘤、心脏破裂、乳头肌功能严重失调,可手术治疗。

3. 心肌梗死后综合征、肩手综合征,可用激素治疗。

(九)恢复期的处理:

住院 4～6 周后,如病情稳定可考虑出院。2～4 个月的体力活动锻炼后,酌情恢复部分工作,但应避免过重体力劳动。

(十)右室心肌梗死的处理:

与左室心肌梗死略有不同,宜扩张血容量,不宜用利尿剂,在 24h 内可静脉滴注输液 3～6L,直到低血压得到纠正,如此时低血压未能纠正可用强心剂。

三、冠心病的中医和其他治疗

(一)中医治疗:冠心病分虚实两类。但临床上常常虚实互见,表现为

本虚标实。标实为主者，如气滞、血瘀、痰湿、痹阻等，当以治标为急；本虚为主者，如气阴两虚、肾阳虚弱、阳虚欲脱等，当以培本为先。治疗应权衡虚实、缓急而灵活应用。

1. 实证：

(1)胸阳痹阻：心痛每因寒冷而诱发，气短，胸中闷塞。重者心痛彻背，背痛彻心，舌苔腻，脉弦滑。治法：通阳宣痹。方药：瓜蒌薤白桂枝汤加减。

(2)心脉瘀阻：心胸刺痛，两胁胀痛，短气，心烦不安，舌有瘀点或紫斑，脉弦或涩。治法：活血化瘀，疏肝理气。方药：丹参饮合桃红四物汤加减。

(3)痰浊内阻：胸闷或痛，形体肥胖，身重乏力，苔厚腻或垢浊，脉滑而实。治法：芳香化浊，理脾化痰。方药：宽胸丸或苏合香丸吞服，后服温胆汤加减。

2. 虚证：

(1)气阴两虚：心痛，短气，心悸，自汗，口干少津，舌红、苔少，脉弦细弱或结代。治法：益气养阴。方药：生脉散加减。

(2)肾阳虚弱：心痛，短气，心悸，形寒肢冷，腰膝酸痛，舌淡、苔白，脉沉无力或结代。治法：温补肾阳。方药：金匮肾气丸加减。

(3)阳虚欲脱：心痛，短气，大汗出，四肢冷，面色苍白，甚至昏厥，舌淡、苔白，脉沉细欲绝或结代。治法：回阳固脱救逆。方药：参附龙牡汤加减。

(二)针灸治疗：

1. 体针：取内关、公孙、心俞、巨阙为主穴。血瘀加膈俞、血海；痰浊壅塞加太渊、丰隆；阳虚寒凝重用灸法；气阴两虚加阴郄、气海；肾阴虚加太溪；心绞痛加阴郄，膻中透乳根；胸闷加定喘、膻中；心律不齐加郄门；心动过速加间使、手三里；心动过缓加素髎、通里；水肿加三焦俞、肾俞、水分、阴陵泉；心阳暴脱加百会、人中、关元、气海、神阙、足三里。

2. 灸法：取膻中、天井，用艾条悬灸。适用于心绞痛发作的预防。

3. 拔罐：甲组：大椎、心俞、膻中；乙组：神道、巨阙、厥阴俞。2 组交替使用。

4. 耳针：取心、神门、交感、皮质下、内分泌、肾。亦可用耳穴压丸法。

5. 头针：双侧胸腔区。

6. 电针：心俞、膻中、膈俞、厥阴俞、鸠尾、内关、通里、足三里、太冲。

7. 激光针：按体针取穴，每穴照射 3～5min，15 次为 1 疗程。

8. 贴敷：取膻中、内关，用川芎 3g、冰片 1g、硝酸甘油 1 片，共研细末，制成黄豆大丸剂备用。每穴贴敷 1 粒药丸，胶布固定。每日换 1 次，5 次为 1 疗程。

9. 穴位注射：取心俞、厥阴俞、郄门、内关，用丹参注射液和毛冬青注射液交替注射上述穴位，每次选 1～2 穴，每穴注入 0.5～1ml。每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

（三）埋线疗法：取心俞、内关，埋入羊肠线，15d 后可再埋 1 次。适用于冠心病心律不齐者。

（四）推拿疗法：患者坐位，医者按揉肺俞、心俞、膈俞、内关。操作时两侧同时进行，手法宜轻柔而缓和，以患者略感酸胀为度，每穴按揉 2min。再用按揉或一指禅推法在颈椎两侧上下往返治疗约 4min。接着用柔和的滚法在上背部两侧膀胱经往返治疗约 4min。然后直擦上背部两侧膀胱经和背部督脉，均以透热为度。如果心率缓慢且有漏搏时，可加按柔左侧厥阴俞 2～5min；胸闷甚者，加按揉膻中及两侧中府穴各 2min。

（五）单验方：

1. 菌灵芝 30g，水煎服；灵芝酊或灵芝糖浆，每次口服 5～10ml，3 次/d。

2. 三七粉 3g、肉桂粉 1.5g、当归 30g，当归煎汤，冲服三七粉和肉桂粉，3 次/d。

3. 茅根 30g、红花 15g、郁金 15g、桃仁 10g，水煎服。

4. 韭菜根适量，捣汁，痛时服。

5. 赤芍、川芎、红花、降香各 15g，丹参 30g，郁金、瓜蒌、薤白各 9g，水煎服。

（六）饮食疗法：

1. 鲜薤白 30～60g、葱白 2 茎、白面粉 100～150g，混匀后，调入沸水中煮熟即可。

2. 紫皮大蒜 30g，去皮，放入沸水中煮 1min 捞出，再取粳米 100g，放入煮蒜水中煮成粥，再将蒜重新放入粥内，再煮，早晚温服。

心脏瓣膜病

由于心脏瓣膜(包括瓣叶、腱索及乳头肌)的炎症引起的结构毁损、纤维化、粘连、缩短,粘液瘤样变性,缺血性坏死,钙质沉着或先天发育畸形,使单个或多个瓣膜发生狭窄和(或)关闭不全,导致血流动力学障碍者,称为心脏瓣膜病。最常受累的瓣膜为二尖瓣,其次为主动脉瓣。本病多发生于20～40岁青中年,其中2/3为女性,多有风湿热史。本节仅阐述二尖瓣和主动脉瓣病变,其他从略。

[诊断要点]

(一)二尖瓣狭窄:

1. 左心房代偿期:可无症状。

2. 左房失代偿期:由于肺瘀血可引起劳力性气促伴咳嗽、咯血。

3. 右心受累期:体循环瘀血,肝脏大而有压痛,颈静脉怒张,浮肿,腹水,尿少。

4. 二尖瓣面容(颧赤唇绀),心尖区可触及舒张期震颤,可闻及舒张中晚期低调、先递减后递增型隆隆样杂音,左侧卧位、用力呼气或体力活动后更清楚,第一心音亢进,可闻及二尖瓣开放拍击音;肺动脉瓣区第二心音亢进、分裂,有时该区可闻及舒张早期吹风样杂音(Graham－Steell杂音)。

5. 辅助检查:

(1)X线检查:左心房扩大(右前斜位吞钡透视,可见食管压迹),肺动脉段突出,心影呈梨形,肺门阴影增大、增浓。

(2)心电图检查:"二尖瓣型P波"即P波增宽有切凹;右室肥厚伴劳损,常见$R_{avL}>1.0mV$,$R_{avR}>0.5mV$。

(3)超声心动图检查:呈"城垛样"图形。

(二)二尖瓣关闭不全:

1. 代偿期可无症状,当左心衰竭时可有心悸、气促、乏力等。

2. 心界向左扩大;心尖区可闻及响亮、粗糙的收缩期吹风样杂音,常向腋下或背部传导;可闻及第三心音;肺动脉瓣区第二心音亢进。

3. 辅助检查:

(1)X线检查:左心房、左心室扩大,肺动脉段突出。

(2)心电图检查：左房增大及左室肥厚、劳损。

(3)超声心动图检查：左房左室增大时，M型图可测出。

(三)主动脉瓣关闭不全：

1. 早期无症状，或有心前区不适或头部动脉搏动感；晚期可出现左心衰竭症状，急性重症患者有胸痛。

2. 颜面苍白，心尖搏动向左下移位，呈抬举性，心浊音界增大呈靴形，主动脉瓣区及胸骨左缘第3～4肋间可闻及舒张期、高音调、递减型哈气样杂音，向心尖部传导；心尖区可闻及低调柔和的舒张中期杂音(Austin－Flint杂音)；舒张压下降，脉压增大，可出现周围血管征，如水冲脉、枪击音、毛细血管搏动及Duroziez征。

3. 辅助检查：

(1)X线检查：左心室扩大伴升主动脉扩张、屈曲、延长，形如靴状；透视可见主动脉搏动增强和左室搏动配合呈"摇椅式"搏动。

(2)心电图检查：电轴左偏，左室肥厚伴劳损。

(3)超声心动图检查：对确诊关闭不全及判断病因很有帮助。

(四)主动脉瓣狭窄：

1. 轻者可无症状，轻重者有呼吸困难、疲乏，甚至出现心绞痛、眩晕或黑蒙等表现。

2. 主动脉瓣区有一响亮而粗糙的收缩期杂音，并向颈部和心尖部传导。老年患者，该杂音常为高调带乐性而且在心尖部最响亮；有收缩期震颤，主动脉瓣区第二心音减弱，脉搏细弱，收缩压降低，脉压变小。

3. 辅助检查：

(1)X线检查：升主动脉根部常呈狭窄后扩张，重度狭窄几乎都有主动脉瓣钙化、左心室扩大。

(2)心电图检查：左室肥厚伴劳损，有时左房增大。

(3)超声心功图检查：主动脉瓣开放幅度减低(＜1.5cm)，开放速度减慢，左心室壁增厚，主动脉壁可能增厚、上升和下降速度减慢。

(4)心导管术：对鉴别中、重度狭窄有极大准确度。

【治疗】

(一)代偿期治疗：

1. 保持和改善心脏功能，避免心脏负担过重，但要动静结合；注意预

防并发症；饮食宜清淡。

2. 防治链球菌感染和风湿活动。

（二）失代偿期治疗：积极治疗心功能不全，及时发现风湿活动和并发症，并给予治疗。

（三）手术治疗：

1. 二尖瓣分离术：

（1）适应证：①以二尖瓣狭窄为主而无明显二尖瓣关闭不全或主动脉瓣关闭不全者；②年龄最好在20～45岁；③心功能在Ⅱ～Ⅲ级；④二尖瓣狭窄出现急性肺水肿或大咯血，内科治疗无效者；⑤合并妊娠尚需手术者，以妊娠5～6月内最适宜。

（2）禁忌证：①有风湿活动；②有亚急性感染性心内膜炎；③联合瓣膜病变；④全身情况差不能耐受手术者。

2. 人工瓣膜替换术：适于二尖瓣狭窄合并关闭不全或联合瓣膜病变。

（四）中医治疗：

1. 心脉瘀阻：头晕乏力，心悸怔忡，咳嗽咯血，或见心痛，两颧紫红，唇甲舌质青紫，脉细数或结代。治法：活血化瘀。方药：血府逐瘀汤加减。

2. 气血两亏：心悸气促，烦躁乏力，面色苍白或萎黄，舌胖嫩，脉细数。治法：益气养血。方药：归脾汤加减。

3. 心肾阳虚：心悸，浮肿，咳嗽喘急，面色晦暗，手足不温，舌淡、苔薄，脉结代或沉细而数。治法：温阳利水。方药：真武汤。

（五）针灸治疗：

1. 体针：取内关、间使、心俞、足三里、三阴交。心血瘀阻配神门、通里、血海；气血双亏配脾俞、胃俞、公孙；心肾阳虚配肾俞、命门、关元、太溪；水肿配肾俞、水分、阴陵泉、复溜；恶心、呕吐者配中脘、气海、公孙。

2. 灸法：心俞、厥阴俞、脾俞、肾俞、中脘、神门。艾条悬灸法。

3. 耳针：取神门、心、肺、内分泌、皮质下、肾上腺、交感。每次一侧选2穴，双侧交替使用，留针15min，心衰期每日1次，好转后隔日或1周1次。

4. 电针：取内关、公孙、郄门、三阴交。

5. 穴位注射：取内关、郄门、间使、少海、心俞、足三里、三阴交。用复

方当归液加5%葡萄糖水稀释、维生素B_{12}针500μg或丹参注射液，每穴注入0.5～1ml，每次选2～3穴。隔日1次。

（六）气功疗法：参见慢性支气管炎。

（七）单验方：

1. 茯神15g，炒枣仁9g，朱砂、黄连各3g，水煎服。适用于心悸、怔忡。

2. 瓜蒌30g、薤白12g、半夏9g，水煎服。适用于心肾阳虚型。

3. 黄芪20g，丹参、郁金、当归各9g，水煎服。适用于心脉瘀阻型。

亚急性感染性心内膜炎

亚急性感染性心内膜炎是微生物感染所致的亚急性心内膜炎症。多见于青年，病原体多为细菌（草绿色链球菌最多见，但葡萄球菌、肠球菌、大肠杆菌渐多）、真菌、立克次体及衣原体，在病变的心内膜和动脉内膜上停留与繁殖，引起炎症，基本病理改变是心内膜赘生物形成。如诊治不及时常导致死亡。

【诊断要点】

（一）有风心病或先心病病史及体征。

（二）可见下列诱因：拔牙、导尿、刮宫、内窥镜检查术、扁桃体摘除术及呼吸道感染。

（三）全身感染的毒血症状：不同程度的发热、畏寒、乏力、厌食、进行性贫血、体重下降、脾肿大、关节痛。

（四）动脉栓塞表现：脾栓塞（左上腹剧痛、压痛），脑栓塞（偏瘫、失语），肾栓塞（腰痛、血尿），肺栓塞（胸痛、气促、咯血），四肢动脉栓塞（肢体剧痛、苍白、脉搏消失）。

（五）皮肤粘膜瘀点，Osler结（指、趾末节腹面紫红色小结，明显压痛），杵状指、趾。

（六）心脏新出现杂音或原有杂音强度增加2级以上者。

（七）辅助检查：

1. 血培养阳性，血红蛋白减低，白细胞增高，红细胞沉降率增快，C反应蛋白阳性。

2. 超声心动图可发现心瓣膜上有赘生物存在及原来心脏病变。

【治疗】

(一)卧床休息,加强营养,纠正贫血,抗心律失常及控制心衰。

(二)抗生素治疗:

1. 用药原则:应用要早;用杀菌药;剂量要足;疗程要长(持续 6 周以上);静脉给药。

2. 首选青霉素 480 万～1 000 万 u/d,静滴,病重者加链霉素 0.5g,每 12h 肌肉注射,用药 3d 无效者将青霉素加倍;再 3d 后仍无效可再加倍。

3. 疑为金黄色葡萄球菌感染者,选用苯甲异噁唑青霉素(新青Ⅱ),每 4h 快速静脉滴入 2g,病重者加庆大霉素每 8h 1 次,每次 1 000u/kg 体重,肌注或静注,2 周后剂量可酌减。亦用 6 周。

4. 对青霉素过敏者,可用万古霉素 2g/d,分 3～4 次静滴;先锋霉素 4g/d,均用 4 周。

5. 革兰阴性菌感染:按药敏试验结果选用。多数为大肠杆菌、变形杆菌或肺炎杆菌,可选用氨苄青霉素 12～16g,静滴或分次静注,用 6 周。

6. 真菌和立克次体感染,真菌可用两性霉素 B 每日 0.1～1.0mg/kg 体重,加于 5% 葡萄糖液中,静脉滴注;立克次体应用四环素。

(二)手术治疗:当前主张及早对已感染的心瓣膜做人工瓣膜替换术。手术适应证有:

1. 内科疗法不能控制的心力衰竭。

2. 迅速发展的重度主动脉瓣关闭不全。

3. 真菌性心内膜炎。

4. 左侧心瓣膜革兰阴性细菌感染。

5. 左室壁瘤或(和)主动脉瘤。

6. 人工瓣心内膜炎,愈早愈好,或用药 3d 无效时。

7. 复发性感染性心内膜炎或经足够量抗生素治疗仍不能控制感染者.

术后继续应用抗生素 4～6 周。

(四)中医治疗:

1. 热入营血:发热心烦,皮肤粘膜有瘀点或紫癜,肢体活动不利或半身不遂,舌绛、苔黄,脉沉细,治法:清热凉血,活血通络。方药:化斑汤加减:水牛角 1g(冲),知母、玄参各 9g,金银花、生地各 15g,大青叶 30g,赤

芍 12g，甘草 6g。

2. 阴虚内热：倦怠，低热，盗汗，消瘦，口干不渴，尿赤便秘，舌红，脉细数。治法：养阴清热。方药：秦艽鳖甲散加减：秦艽、鳖甲、知母、当归、生地各 15g，地骨皮、柴胡各 30g，白薇、丹皮各 9g，青蒿、乌梅各 6g。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取合谷、曲池，中等刺激得气后拔针，每日 1～2 次。

2. 贴敷：用熟地、当归、杞子、黄柏、知母、山萸肉、白芍、生地、玄参、肉苁蓉、麦冬、天花粉、天冬、黄芩各 32g，五味子、红花、生甘草各 15g。麻油熬，黄丹、铅粉各半收膏，入石膏 120g 搅匀，贴敷心前区。

(六)单验方：

1. 黄芩、连翘各 15g，紫花地丁 30g。水煎服，1～2 剂/d。

2. 蒲公英、大青叶各 30g。水煎服，1 剂/d。

以上 2 方适用于热入营血。

心肌疾病

心肌疾病是指除风湿性、冠状动脉性、高血压性、肺源性和先天性心脏病，以及心包疾病中伴有的心肌病变以外的以心肌病变为主要表现的一组疾病。本病分原发性心肌病和继发性心肌病(或称特异性心肌病)2 大类。其中原发性心肌病又分为扩张型、肥厚型和限制型心肌病 3 种，本病多发生于 20～40 岁之间，青年男性尤为多见，往往见到同一家族中集中发病现象，提示本病与遗传有关。

[附]世界卫生组织和国际心脏病学协会关于心肌病定义和分类的建议(1980)

1. 心肌病的定义：原因不明的心肌病。

2. 心肌病的分类：

(1)扩张型心肌病(DCM)。

(2)肥厚型心肌病(HCM)。

(3)限制型心肌病(RCM)。

3. 特异性心肌病的定义：病因明确或与其他全身疾患相关的心肌疾病，亦称为继发性心肌病。

4. 特异性心肌病的分类：

①感染性；②代谢性；③全身性、系统性；④遗传性、家族性；⑤过敏性及中毒性。

一、扩张型心肌病

扩张型心肌病的主要特征是心肌收缩期泵功能障碍，产生充血性心力衰竭，亦称充血型心肌病，常合并心律失常和动脉栓塞，死亡率较高。

【诊断要点】

（一）心脏普遍增大，有充血性心力衰竭、心律失常及动脉栓塞表现

（二）辅助检查：

1. X线透视见心脏呈球形扩大，搏动减弱、肺瘀血表现。

2. 超声心动图示心室腔扩张及心肌收缩力下降。

3. 心电图检查主要见心房颤动等心律失常，其他尚有 ST－T 异常，低电压、R 波减低及病理 Q 波，注意病理 Q 波需与心肌梗死相鉴别。

（三）如无辅助检查条件，可在第 1 条诊断依据的基础上，充分除外其他原因时，此病诊断即可确立。

【治疗】

（一）一般疗法：长期休息，避免劳累，低盐饮食。

（二）治疗心力衰竭：应用洋地黄类强心剂、利尿剂及血管扩张剂，但因本病容易发生洋地黄中毒，故需慎重应用。详见心力衰竭章。

（三）治疗心律失常：根据心律失常的不同类型给予相应处理。详见心律失常章。

（四）改善心肌代谢药物：维生素类，辅酶 Q_{10}、ATP 等。亦可用极化液治疗。

（五）发生栓塞时，给予抗凝治疗。

（六）应用糖皮质激素：

1. 应用指征：

（1）合并休克。

（2）合并高度房室传导阻滞。

（3）合并顽固心衰。

2. 应用方法：强的松 5～10mg，口服，3 次/d，连用 2 周，有效后可减量维持。

（七）心脏移植：因本病原因未明，故除行心脏移植外，尚无彻底的治

疗方法。

二、肥厚型心肌病

肥厚型心肌病以心肌的非对称性肥厚、心室腔变小为特征，以左室血液充盈受阻、舒张期顺应性下降为基本病态。根据左室流出道有无梗阻又可分为梗阻性肥厚型和非梗阻性肥厚型心肌病。

【诊断要点】

（一）左心室流出道梗阻症状：心悸、胸痛、劳力性呼吸困难，眩晕、乏力、晕厥。常有家族史。

（二）胸骨左缘第3～4肋间可听到较粗糙的喷射性吹风样杂音。如前负荷减少（如屏气、含用硝酸甘油片）或增加心肌收缩力（如心动过速、运动）时杂音增强，反之，心肌收缩力降低（如用β阻滞剂）时杂音减弱。

（三）辅助检查：

1．X线透视：如有心衰则心影扩大。

2．心电图检查：左室肥大伴劳损及病理Q波。

3．超声心动图检查：示室间隔非对称性肥厚，室间隔的厚度与后壁之比≥1.3即可诊断，还可见左室腔变小、左室流出道狭窄。

4．心肌活组织检查：心肌细胞畸形肥大、排列紊乱。

【治疗】

（一）普萘洛尔10mg，口服，3次/d，可增至60～90mg/d。

（二）维拉帕米40mg，口服，3次/d。

（三）并发心衰时，用小剂量洋地黄和β阻滞剂。

（四）室性心律失常可用慢心律0.1g，口服，3次/d。

（五）胸痛时不宜用亚硝酸盐类药物治疗，因这些药物加重左室流出道梗阻。

（六）手术治疗：切开或切除肥厚的室间隔心肌。

三、限制型心肌病

限制型心肌病主要特征是心室的舒张充盈受阻。主要病理变化是心内膜心肌瘢痕形成，心肌僵硬而无肥厚、心室腔缩小。

【诊断要点】

（一）缓慢发展的右心衰表现：肝大、浮肿、颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性、腹水。

(二)可有心律失常及栓塞表现。

(三)辅助检查:

1. X线检查:心影增大,偶尔见心内膜钙化影。

2. 心电图检查:各种心律失常,心房肥大及病理Q波。

3. 心内膜活检:心内膜增厚和心内膜下心肌纤维化。

【治疗】

(一)控制心力衰竭。

(二)抗心律失常。

(三)有栓塞时抗凝治疗。

(四)手术治疗:剥离增厚的心内膜。

(五)中医治疗:

1. 气阴两虚:心悸气短,头昏乏力,胸闷自汗,口干舌燥,舌红、少津,脉细数。或出汗,心动悸,脉结代。治法:益气养阴。方药:生脉散加玉竹、当归、柏子仁、丹参、炙甘草。或炙甘草汤加减。

2. 阳虚水泛:心悸自汗,形寒肢冷,尿少水肿,或伴胸水,腹水,甚则气喘,苔薄白或薄腻,脉沉细,治法:温阳利水。方药:真武汤加减。

3. 心阳虚弱:心悸喘息,不能平卧,大汗淋漓,肢冷,舌淡、苔薄,脉细弱或沉细欲绝。治法:温阳固脱。方药:参附龙牡汤加山萸肉、胡桃肉、玉竹、麦冬、炙甘草。

(六)针灸治疗:

1. 体针:取心俞、厥阴俞、膻中、巨阙、内关、通里为主穴。喘气者配肺俞、太渊;浮肿者配水分、三阴交。

2. 灸法:心俞、厥阴俞、脾俞、肾俞、巨阙、足三里。每穴灸3～5壮。

3. 耳针:交感、神门、心、枕、肾上腺、皮质下、内分泌。

4. 皮肤针:取背部督脉和膀胱经、足阳明经,循经轻度叩刺。

5. 穴位注射:取内关、郄门、心俞、厥阴俞、足三里、三阴交,用5%当归注射液、维生素B_{12}注射液或复方丹参注射液,每穴注入0.5～1.0ml,每次选2～3穴。

(七)单验方:

1. 朱砂3g,塞入1个猪心内,煨熟,可服6～7次。

2. 人参10g、鸡蛋黄3个。将人参煎30min后,放入蛋黄1个,再煎

5min 即可，吃蛋黄、喝人参汤，1～2 次/d，共煎 3 次。

3. 桂圆肉 15g，枸杞子 12g，大枣 12g，水煎服，1 次/d。

4. 沙参 20g，玉竹、黄精各 12g，水煎服。

后 2 方适用于气阴两虚证。

心 肌 炎

心肌炎指心肌本身局限性或弥漫性的炎性病变。近年来风湿热或白喉所致心肌炎逐渐减少。原因不明即所谓特发性心肌炎，其病因现在多认为是病毒感染所致，以肠道病毒（如柯萨基病毒、埃可病毒、脊髓灰质炎病毒）引起的心肌炎最重要，且最常见。弥漫性心肌炎症状明显，局限性心肌炎常因临床表现较少而不易认识。

【诊断要点】

（一）先有发热、全身倦怠感，即所谓“感冒”样症状或恶心、呕吐等消化道症状，然后出现心悸、胸痛、呼吸困难、浮肿甚至阿－斯综合征。

（二）心界正常或向两侧扩大，与发热程度不平行的心动过速及各种心律失常（频发早搏、房颤等）；第一心音减弱或有颈静脉怒张、肺部啰音、肝肿大等心力衰竭体征。

（三）辅助检查：

1. 白细胞增多，血沉加快，C 反应蛋白增加，血清学检查 CPK、GOT、LDH 增高。

2. 血清病毒中和抗体，补体结合反应需反复测定，发病后 3 周间 2 次血清的抗体滴定度有 4 倍增高为病毒感染的阳性指标。

3. 病毒分离：可自患者咽部分泌物、粪便和尿中分离出病毒。

4. 心电图检查：可见 ST－T 改变，R 波减低，病理 Q 波和各种心律失常，特别是室性过早搏动、房室传导阻滞等。

5. X线检查：可见心脏向两侧普遍扩大，呈球形，但亦可正常。有时可见局限性或弥漫性心搏减弱；肺野有不同程度的充血。

6. 心内膜心肌活检有助于本病的诊断和预后判断。

【治疗】

（一）一般治疗：急性期卧床休息和补充营养，一般应休息 6～12 周，高蛋白、高热量、易消化饮食，供给足量的维生素。

(二)对症治疗：

1. 促进心肌代谢药物：维生素 C 2.0～4.0g 加入 10% 葡萄糖液 500ml 中静脉滴注，1 次/d，10～15d 为 1 疗程；三磷酸腺苷 20～40mg、辅酶 A 50～100u、维生素 B_6 50～100mg，静注或肌注。

2. 糖皮质激素：目前不主张早期应用，但对难治性心力衰竭、有房室传导阻滞、重症患者或考虑有自体免疫因子在内的情况下亦可试用，如强的松 10mg，口服，3～4 次/d。观察 1～3 周后如无效或恶化则停用；如有效则根据病情逐渐减量。

3. 提高免疫功能药物：①左旋咪唑，每周内连服 3d，3 次/d，15～45mg/次；②转移因子或免疫核糖核酸，免疫核糖核酸每支 3mg，每 2 周注射 6mg，3 个月为 1 疗程，注射部位多选用两臂或大腿内侧皮下，一般用药后症状改善，并可减少激素用量。

4. 有心力衰竭、心律失常或栓塞性并发症时给予相应治疗。详见有关章节。

(三)病因治疗：抗病毒药物，急性期可试用盐酸吗啉呱(病毒灵) 200～400mg，口服，3 次/d；中药板蓝根注射液 2～4ml，肌注，2 次/d。

(四)中医治疗：

1. 心气虚：心慌乏力，胸闷或胸痛，舌淡胖、舌尖红，脉细无力。治法：益气养心。方药：补心丹。

2. 气阴两虚：心悸怔忡，胸闷气短，神疲乏力，口干咽燥，自汗或盗汗，舌淡红、少津，脉细弱或结代。治法：益气养阴。方药：生脉散加丹参、黄精、炙甘草。

3. 心阳虚：面色苍白，形寒肢冷，下肢浮肿，自汗出，舌胖、苔白，脉迟无力。治法：温通心阳。方药：参附汤加龙骨、牡蛎。

4. 心脾两虚：心慌气短，纳差乏力，腹胀便溏，舌胖、苔白，脉细无力。治法：补益心脾。方药：归脾汤加减。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取内关、俞府、膻中、列缺、厥阴俞、心俞、足三里。阳虚加素髎、大椎；气阴两虚加神门、三阴交。

2. 灸法：取内关、神门、气海、足三里。外感未除加风池、列缺、大椎；心血不足加脾俞、心俞；心阳不振加关元、通里。

3. 耳针：取心、冠状动脉，毛细血管，前列腺。外感未除加支气管、咽喉、肾上腺；窦性心动过速加颈动脉窦、迷走、顶叶；房性早搏取心房、小肠、肾；结性早搏取房室结、毛细血管、迷走；房室传导阻滞取房室结、肾上腺、迷走。

(六)推拿疗法：患者坐位，医者双手点按脾俞、心俞；嘱仰卧，揉按三脘，点按关元，揉拿手三阴经，点按间使、内关。

(七)单验方：

1. 金银花、板蓝根各 6g，黄连 3g，人工牛黄 0.6g。水煎服，1 剂/d。

2. 沙参、玉竹、黄精、蚤休各 3g。水煎服，1 剂/d。

(八)饮食疗法：

1. 甘蔗汁、鲜藕汁适量，饮服。

2. 荸荠、鲜梨，煮水代茶饮。

3. 赤小豆、莲子、桂圆肉、小米，煮粥食。

4. 桂圆肉、枸杞子、大枣、小米，煮粥服。

后 2 方适用于心气虚。

急性心包炎

心包的脏层和壁层的急性炎症称为急性心包炎。常见为结核性，其次为非特异性、肿瘤性、风湿性或化脓性，它常是其他疾病的一部分表现或并发症。

【诊断要点】

(一)常有结核、病毒、化脓性感染或风湿等病史。

(二)心前区疼痛。

(三)呼吸困难。

(四)发热、干咳、声嘶、吞咽困难。

(五)心包摩擦音(以胸骨左缘第 3、4 肋间最为明显)；心动过速，心界向两侧扩大，心音遥远，颈静脉怒张，肝脏肿大，下肢水肿，腹水、奇脉(吸气时脉搏减弱)，收缩压下降，脉压变小，可出现休克。

(六)大量心包渗液体征(Beck 三联征)：

1. 血压突然下降或休克。

2. 颈静脉显著怒张。

3. 心音低弱、遥远。

(七)辅助检查：

1. X线检查：心影呈烧瓶状，并随体位改变而改变，心搏减弱。

2. 心电图检查：除aVR外，各导联ST段皆抬高，弓背向下。

3. 超声心动图检查：可发现液性暗区。

4. 心包穿刺：可确定心包积液的性质。

【治疗】

(一)一般治疗：

1. 卧床休息。

2. 呼吸困难者吸氧。

3. 水肿明显者限盐饮食并加用利尿剂。

4. 胸痛严重者给镇痛药。

(二)病因治疗：

1. 结核性心包炎：给予抗结核药物治疗。详见肺结核章。

2. 非特异性心包炎：给予肾上腺皮质激素治疗。

3. 肿瘤性心包炎：给予化疗、放疗等。

4. 风湿性心包炎：给予抗风湿治疗。

5. 化脓性心包炎：给予抗生素治疗。

(三)心包穿刺：可解除心脏压塞症状和减轻大量渗液引起的压迫症状，还可根据病情注入药物。

(四)心包切开引流：用于化脓性心包炎。

(五)心包切除术：用于急性非特异性心包炎反复发作以致长期病残者。

慢性缩窄性心包炎

慢性缩窄性心包炎指心脏为增厚、僵硬、纤维化的心包所围绕，致使心脏舒张期充盈受限而产生的血循环障碍。多继发于急性心包炎，主要病因为结核病。

【诊断要点】

(一)起病缓慢，多数由急性心包炎演变而来。

(二)呼吸困难、乏力、肝区疼痛。

(三)颈静脉怒张,肝大,腹水,下肢浮肿,奇脉,库斯莫征(Kussmaul 征即吸气时颈静脉更为扩张),心界正常,心尖搏动不明显,心动过速,心音减弱,可闻及心包叩击音。

(四)辅助检查:

1. X线检查:心影正常,可呈三角形,有时可见心包钙化影。

2. 心电图检查:QRS 低电压,T 波低平或倒置。

【治疗】

(一)休息,限盐饮食,用利尿剂消肿。

(二)心包切除术:有结核病者应术前抗结核治疗 4 周,结核病临床静止(炎性症状消失,体温正常,血沉正常),一般情况好转时可进行手术,并在手术后继续用药 1 年。

心血管神经官能症

心血管神经官能症也称神经性血循环衰弱症、Da－Costa 综合征,是由于神经调节失常所引起的心血管功能紊乱,以心血管、呼吸和神经系统症状为主要临床表现,临床和病理方面均无器质性病变;多见于女性和青年或中年人。

【诊断要点】

(一)临床症状主要有心悸、呼吸困难、心前区疼痛、疲倦、眩晕等,多在劳累或精神紧张时加重,还可有失眠、多梦、低热、食欲不振、多汗、手足冷、两手震颤、上腹胀等。

(二)体征主要有心动过速、心尖冲动较强有力、偶尔有过早搏动或 1－2 级收缩期杂音。

(三)辅助检查:

1. 心电图可示窦性心动过速、房性或室性过早搏动或非特异性 ST 段及 T 波变化。

2. X线检查心脏无异常。

(四)应注意与器质性心脏病(冠心病、风心病)、甲状腺功能亢进、结核病等相鉴别。

【治疗】

(一)诊断确定后,必须坚定地告诉患者,其心脏完全正常,以解除其

顾虑。

(二)设法改善患者的生活和工作环境,避免各种容易引起病情加重的因素,鼓励患者进行体育锻炼。

(三)给予必要的药物对症治疗,如镇静剂(安定等)和β阻滞剂(心得安等)。

(四)中医治疗:

1. 气血不足:心悸怔忡,气短自汗,失眠健忘,舌质淡嫩,脉细弱。治法:益气养血。方药:归脾汤加减。

2. 阴虚火旺:心悸怔忡,五心烦热,失眠多梦,舌红、少津,脉细数。治法:养心安神。方药:补心汤加减。

3. 痰火扰心:心悸怔忡,受惊易作,心烦易怒,口苦,便秘尿赤,舌苔黄腻,脉弦滑而数。治法:清热化痰。方药:温胆汤加减。

(五)针灸治疗:

1. 体针:虚证取心俞、内关、间使、神门。气血不足加膈俞、脾俞、足三里、三阴交;阴虚火旺加太溪、复溜、肾俞、太冲;心阳虚弱加灸关元、气海。实证取心俞、丰隆、灵通、郄门。口苦配尺泽;便秘配曲池;心烦易怒配肝俞、百会。

2. 耳针:取心、小肠、交感、皮质下。

3. 穴位注射:取心俞、内关、督俞,用0.25%~0.5%普鲁卡因,每穴注射5ml。1次/d。

4. 腕踝针:取上$_1$、上$_2$、上$_3$(双侧)。选取进针点并常规皮肤消毒。医生左手固定针刺部位,右手拇、食及中指夹持针柄,针体与皮肤成30°角,快速进针,针入皮肤后,针体一定在皮下浅表层,针下有松软感较为适宜。进针一般为1.4寸。针刺方向朝上,留针30min,1次/d,10次为1疗程。

第三节　消化系统疾病

反流性食管炎

反流性食管炎主要是由于食管下段括约肌松弛、食管蠕动功能障碍

导致消化液反流入食管，引起食管下段粘膜炎症、溃疡甚至狭窄，临床表现为胸骨下段烧灼感、吞咽困难等症状。本病多见于滑动型食管裂孔疝、短食管、食管贲门切除术、胃次全切除术后及各种原因导致腹压增高的患者。

【诊断要点】

(一)剑突部位上方的胸骨后烧灼感或钝痛，多在进食后 1h 内发生，剧烈运动及平卧时可诱发，下列因素也可成为诱因：进食咖啡因、碳水化合物、脂肪、巧克力、吸烟、饮酒、妊娠、口服避孕药及抗胆碱能药物，使用抗α肾上腺素能药物及黄嘌呤类药物以及食管下段切开术等。

(二)反流较重者可于餐后、晚间就寝时或躯干前屈时，有酸性胃内容物或胆汁反流至口腔。可见吸入性肺炎、夜间喘息和声音嘶哑。

(三)早期可有间歇性吞咽困难，但可进行性加重。严重食管炎可因食管糜烂而呈慢性少量出血，偶尔可引起急性大量出血。晚期因瘢痕形成可引起永久性食管狭窄，需与食管癌鉴别。

(四)辅助检查：

1. 食管滴酸试验常阳性。

2. 食管腔 pH 测定＜4.0，食管腔内压力测定＜1.3kPa(10mmHg)。

4. 食管钡剂造影可见食管狭窄，粘膜皱襞不易看清，少数粘膜皱襞增粗、肥大。

【治疗】

(一)饮食及生活习惯的调节：

1. 低脂高蛋白饮食。避免食咖啡因、巧克力。餐后 2h 内及午餐后不要平卧睡眠，以减少胃内容物反流机会。睡前不宜进食，肥胖者应减少食量以减轻体重，降低腹内压。

2. 禁烟酒。

3. 避免剧烈运动，如举重、弯腰等动作。

4. 床头抬高 15～20cm，减少反流。

(二)药物治疗：

1. 抗酸剂：为首选药物。以液体制剂为宜，如氢氧化铝凝胶及镁乳等，也可两者混合。每次 20～30ml，餐后 1h 及睡前各用 1 次。

2. 胃复安：每次 10～20mg，餐后口服，3 次/d。可通过增强食管平滑

肌对体内乙酰胆碱的敏感性，从而提高食管下段括约肌张力。

3. 组织胺 H_2 受体拮抗剂：甲氰咪胍每次 200mg，餐后 1h 服，睡前再服 400mg；也可用雷尼替丁，每次 150mg，2 次/d；或法莫替丁，每次 20mg，2 次/d，口服。

4. 胆酪胺：餐后及睡前各服 150ml 或 4g，对胆汁反流有一定疗效。

（三）手术治疗：严重患者经上述治疗 3 个月无效，并发出血、食管溃疡或反复发生吸入性并发症者，可考虑胃底前折术：以胃底肌套包绕食管下端以恢复食管下段括约肌功能。有食管瘢痕狭窄者，可进行食管扩张术或其他外科手术治疗。

（四）中医治疗：

1. 肝胃气滞：胃脘胀痛，嗳气稍舒，恶心、呕吐酸苦水，舌质淡、苔薄白，脉弦。治法：疏肝理气，和胃降逆。方药：柴胡舒肝散加旋覆花、代赭石。嗳气、呕吐甚者加半夏、苏梗；嘈杂者加煅瓦楞子、左金丸；脘胀便结者加沉香；痛甚者加延胡索。

2. 肝胃阴虚：胃脘灼痛或隐痛，嘈杂，口干唇燥，大便干燥，舌红、少苔，脉弦细数。治法：疏肝理气，养阴和胃。方药：益胃汤去生地加佛手、香橼、川楝子；大便干燥者加火麻仁、瓜蒌仁。

3. 肝胆脾弱：胃脘胀痛或隐痛，嗳气，口苦或乏味，纳差食少，便溏，舌淡、苔薄白，脉弦缓。治法：疏肝理气，健脾和胃。方药：逍遥散加枳壳、左金丸；吐水者加旋覆花、代赭石。

（五）针灸治疗：

1. 体针：主穴取足三里、内关，配穴取三阴交，阴陵泉。

2. 耳针：取膈、食道。也可用埋针法。

3. 穴位贴敷：薤白 30g，捣烂，调蜜外敷胸部痛处，每日换 1 次。

（六）单验方：

1. 全瓜蒌、红藤各 15g，法半夏、莱菔子各 12g，黄连 5g，降香、苏子各 10g，代赭石 30g。水煎服，1 剂/d。

2. 沙参、麦冬、桔梗、金银花、连翘、甘草各 100g，胖大海 50g，研细末，蜜调分成 150 丸，每次 1～2 丸，3～5 次/d。

（七）饮食疗法：

1. 薤白 12g、薏苡仁 30g，煮烂熟，喝汤。

2. 鲜茅根、鲜藕各 120g，煮汁频饮。

急性胃肠炎

急性胃炎可分为单纯性、糜烂性、腐蚀性、感染性与化脓性 5 种，其中以单纯性胃炎最常见，若同时合并肠炎者则为急性胃肠炎。

【诊断要点】

（一）有进食生冷、腐败、刺激性食物（或药物）、暴饮暴食史。起病急骤，常在食后 2～24h 内发病 。

（二）恶心、呕吐、腹痛、腹泻。呕吐与腹泻常同时存在也可单纯出现。呕吐物多为胃内发酵食物或残渣。腹泻每日数次或十余次，大便呈糊状或水样。常有畏寒、发热。

（三）严重者有脱水、休克征象，腹软有触痛，肠鸣音亢进。

（四）粪常规无特殊或见少量红、白细胞；细菌感染时呕吐物可培养出致病菌。可有水、电解质紊乱和酸碱失衡。

【治疗】

（一）呕吐较剧者暂禁食，较轻者可进流质或半流，忌用高脂肪和多纤维素食物。

（二）失水时应补充生理盐水或葡萄糖盐水或平衡盐液，1 000～3 000ml/d。不能进食但尿量正常者应补充钾盐。酸中毒者可静滴碳酸氢钠。

（三）由细菌引起者可给予黄连素 100～200mg，3 次/d，氟哌酸 0.2g 或吡哌酸 0.25g，3 次/d，口服。

（四）腹痛者可给阿托品 0.5～1mg 肌注、颠茄合剂 10ml 或普鲁苯辛 15～30mg，3 次/d，口服。

（五）中医治疗：

1. 寒湿：症同前述。泻吐清稀或伴恶寒发热，头痛，舌苔白腻，脉濡数。治法：散寒祛湿。方药：藿香正气散。

2. 湿热：症同前述。泻吐臭秽，心烦口渴或伴发热，舌红、苔黄腻，脉濡数或滑数。治法：清热利湿。方药：连朴饮加减。

3. 积滞：脘腹胀痛拒按，嗳腐吞酸，吐泻之后胀痛减轻，泻下臭秽，舌苔厚腻，脉弦滑或见沉弦。治法：消食化滞。方药：保和丸。

4. 血瘀：脘痛屡发，疼痛持续或如针刺，食后痛剧，痛处固定且拒按，呕血或黑便，舌紫有瘀斑，脉弦或细涩。治法：活血化瘀，理气和胃。方药：膈下逐瘀汤。

(六)针灸治疗：

1. 体针：内关、足三里、中脘、天枢。

2. 灸法：选足三里、中脘、上脘、天枢、神阙、胃俞。每次选3～4穴。

3. 拔罐：取大椎、脾俞、胃俞。

4. 耳针：胃、脾、交感、胰、胆、肝。

5. 穴位注射：取内关、中脘、足三里、公孙、胃俞、脾俞。用硫酸阿托品注射液，每次选1～3穴，每次注入0.2ml。

(六)推拿疗法：

1. 患者坐位，双手点按胃俞、脾俞；仰卧位，点按鸠尾、足三里，戳点三脘，按摩腹部，按揉神阙。适用于寒邪客胃。

2. 患者坐位，点按璇玑；仰卧位，戳点上脘，推运胃脘，揉拿手三阴经，点按内关、手三里。适用于食滞型。

3. 患者坐位，双拇指点按肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、三焦俞，揪拿双胁；仰卧位，推揉左右肋缘，点按章门，提拿足三阴经，点按行间。适用于脾胃虚寒。

4. 患者坐位，双拇指点按膈俞；仰卧位，戳点中脘，提拿足三阴经，点按三阴交、血海。

(七)单验方：

1. 黄连0.9g、紫苏2.1g，共研末，开水泡后，分数次服。适用于湿热型。

2. 藿香12g、紫苏9g、生姜15g，水煎服。适用于寒湿型。

3. 莱菔子15g，水煎，送服木香末4.5g。适用于食滞型。

慢性胃炎

慢性胃炎是指不同病因所引起的慢性胃粘膜炎性病变。其发病率一般随年龄增长而增加。按胃镜下所见与组织病理发现，可分为：①慢性浅表性胃炎；②慢性萎缩性胃炎；③慢性糜烂性胃炎；④慢性肥厚性胃炎。

【诊断要点】

(一)多数患者可无症状,部分患者有消化不良、食欲减退、恶心;胆汁反流所致者常有明显的上腹部不适或疼痛。萎缩性胃炎患者可表现为贫血、消瘦、腹泻等。

(二)明确诊断主要依赖于胃镜检查和粘膜活组织检查。

(三)其他辅助检查:

1. 胃分泌功能检查:

(1)测定基础酸分泌量(BAO)、最大酸分泌量(MAO)及高峰酸分泌量(PAO)。胃腺体萎缩越重则分泌功能越降低。

(2)胃泌素:胃酸减少者偏高,胃窦病变严重者则偏低。

2. 幽门螺旋杆菌(HP)检查:胃镜检查时在病变处或幽门前取活组织做快速尿素酶测定,阳性者为胃粘膜有该菌感染。也可以组织切片染色查 HP 或组织块微需氧培养 HP。此菌的存在与慢性活动性胃炎密切相关。

【治疗】

(一)避免对胃有刺激的食物或药物,戒烟酒。

(二)疼痛发作时可给予解痉剂(阿托品或普鲁苯辛)。

(三)应用胃粘膜保护剂,如硫糖铝 1.0g,4 次/d,也可选用胃舒平、生胃酮、胃膜素等。

(四)有胆汁反流者给予胃复安 10～20mg;吗丁啉 10mg,3 次/d,饭前服;胆酪胺(消胆胺)3～4g,4 次/d。

(五)腹胀明显、食欲不振者,给予胃蛋白酶合剂、多酶片、稀盐酸等,饭后服。

(六)幽门螺旋杆菌阳性或慢性胃炎活动时,可用抗幽门螺旋杆菌药物治疗。参见消化性溃疡。

(七)中医治疗:

1. 肝胃不和:脘胁胀痛,嗳气吞酸,口苦纳差,呕恶,舌苔薄黄,脉弦。治法:疏肝和胃。方药:柴胡疏肝散合金铃子散加减。

2. 脾胃虚寒:脘腹冷痛,喜温喜按,口泛清水,形寒肢冷,纳差便溏,舌淡、苔白,脉沉迟。治法:温中健脾。方药:理中汤加减。

3. 胃阴不足:胃脘灼痛,口燥咽干,纳差嘈杂,大便干结,舌红、少津,

脉细数。治法：滋养胃阴。方药：益胃汤加减。

（八）针灸治疗：

1．体针：肝胃不和者，取中脘、足三里、内关、期门、阳陵泉。脘痞腹胀甚者配脾俞、公孙；嗳气吞酸甚者配肝俞、胆俞、丘墟。脾胃虚寒者，取脾俞、胃俞、章门、足三里、内关。脾虚食积者配璇玑、公孙；脾虚泄泻者配天枢、大肠俞。胃阴不足者，取中脘、胃俞、幽门、三阴交、章门、足三里、太溪。胃脘灼痛甚者配悬钟、厉兑；便血配血海；吐血配膈俞。

2．灸法：艾条悬灸中脘、足三里、脾俞、胃俞。腹中冷痛加神阙、公孙；呕恶加上脘、章门；大便泄泻加天枢、大肠俞。灸法适用于脾胃虚寒患者。

3．拔罐：取中脘、脾俞、胃俞、足三里。

4．耳针：胃、脾、交感、神门、皮质下。肝气郁结加肝；肾阳不足加肾；呕恶加贲门。

5．穴位贴敷：肝胃不和者，将金铃子、吴茱萸、青皮、元胡各等量共碾成极细末，入瓶密封备用。治疗时将药粉填满脐孔，盖以纱布，再用胶布固定，每天换药1次，10d为1疗程。脾胃虚寒者，将巴豆3粒、胡椒粉3g、公丁香3g，碾成细末，加10枚大枣（去核）共捣如泥，再用适量生姜汁调和成膏。治疗时取膏药如蚕豆大，敷在脐孔上，盖以纱布，再用胶布固定。每日换药1次，10d为1疗程；胃阴不足者，将生栀子10枚、淡豆豉20粒、生香附10粒捣至融烂，加入适量生姜汁再捣至极烂，成膏状备用。治疗时取膏药如蚕豆大敷于脐中，盖以纱布，再用胶布固定，每天换药1次，至愈为止。

（九）单验方：肝胃不和者，取仙人掌100g，捣烂布包，敷在胃痛处；脾胃虚寒者，取棉花子20g水煎，服时加烧酒半匙吞下；胃阴不足者，取鸡蛋壳洗净炒黄，研成细末。每次开水冲服4g，2次/d。

（十）饮食疗法：饭菜宜细软，少量多餐。应注意补给富含蛋白质、维生素及有色的新鲜蔬菜等，以预防贫血。若胃酸缺乏，可多服肉汁、肉汤和酸性水果或调味品。

消化性溃疡

消化性溃疡是一种粘膜、粘膜肌层及粘膜下层的慢性溃烂。它与糜

烂不同，糜烂是病变不超过粘膜肌层的表浅溃疡。本病多指胃溃疡和十二指肠溃疡，两者发生率之比约1∶4。

【诊断要点】

（一）慢性周期性、节律性上腹痛，呈隐痛、胀痛、灼痛或剧痛等。胃溃疡是进食→疼痛→缓解；十二指肠溃疡则是疼痛→进食→缓解。胃溃疡一般上午轻，下午重；十二指肠溃疡以半夜疼痛为特点。

（二）可伴有恶心、泛酸、嗳气等。

（三）发作期上腹部有局限性压痛。

（四）辅助检查：

1. 纤维胃镜检查有确诊价值，可见圆形或椭圆形、边界清楚、底部平滑、被黄白苔的溃疡灶。通过形态观察、活组织及细胞学检查可区别良性或恶性溃疡。

2. X线胃肠钡餐检查可显示溃疡的龛影或十二指肠球部激惹、畸形、压痛、幽门痉挛等间接的X线征象。

3. 胃分泌功能检查：胃液分析在下列情况有参考价值：①区别良性或恶性溃疡：胃酸缺乏者应高度怀疑癌性溃疡；②胃泌素瘤：BAO＞15 mmol/h，MAO＞60mmol/h，BAO/MAO＞0.6，可提示本病；③其他检查不能做出诊断，而MAO＞40mmol/h，则提示十二指肠溃疡。

4. 粪便潜血检查：3d素食后，粪便潜血阳性提示溃疡有活动性，治疗1～2周一般可阴转，长期持续阳性提示癌变。

【治疗】

（一）避免精神紧张，注意劳逸结合。活动期进食细软易消化食物，戒烟酒。避免对胃刺激的食物或药物。

（二）药物治疗：

1. 制酸剂：

（1）氢氧化铝凝胶15～20ml，3～4次/d，口服。

（2）碳酸钙0.6～2.0g，3～4次/d，口服。

（3）氧化镁0.4～0.8g，3～4次/d。

（4）胃舒平2～4片，3～4次/d，嚼碎服。

（5）胃散（碳酸钙1.0g，氧化镁0.4g）1～2包，3～4次/d。

上述制酸剂可采用1～2种交替服用。服药时间以饭后1h及睡前为

佳。应持续用药3～6个月以上。

2. 抗胆碱能药物：只适用于十二指肠溃疡。①阿托品0.3～0.6mg/次口服或0.5mg/次肌注；②山莨菪碱：10mg/次，肌注或口服；③普鲁苯辛、15～30mg/次，口服。

3. 组织胺H_2受体阻断剂：

(1)甲氰咪胍0.2g，3～4次/d，饭后服，每晚睡前服0.4g。

(2)呋喃硝胺(雷尼替丁)0.15g，2次/d，口服。

(3)法莫替丁20mg，2次/d，口服，4～6周为1疗程。对十二指肠溃疡疗效较优。

4. 抗幽门螺杆菌药物：

(1)三钾二枸橼酸铋(得乐)1包(110mg)4次/d，口服。

(2)灭滴灵0.2g，3～4次/d，口服。

(3)庆大霉素4～8万u，3次/d，口服。

(4)黄连素0.2g，3次/d；痢特灵0.2g，3次/d，口服。适用于HP阳性或兼有胃炎、十二指肠炎的溃疡病。

5. 以腹胀、嗳气为主或有胆汁反流者可用胃复安10mg，3次/d；或吗丁啉10mg，3次/d，饭前半小时服。不宜与抗胆碱药配伍用。

6. 胃泌素受体拮抗剂：丙谷胺0.4g，3～4次/d，饭前15min服用。1～2月为1疗程。对胃溃疡疗效较优。

7. 胃蛋白酶抑制剂：硫糖铝(胃溃宁)1.0g，3～4次/d，饭后1h服用。此药有抑制甲氰咪胍的吸收作用，需并用时，宜采用时差服用法，即早餐后服用甲氰咪胍，2h后再服硫糖铝。

(三)手术治疗适应证：

1. 反复大量出血者尤其是老年患者。

2. 幽门梗阻经保守治疗不能满意缓解者。

3. 急性穿孔。

4. 癌变或疑为癌变者。

(四)中医治疗：

1. 肝胃不和：胃脘胀痛连胁，嗳气泛酸，每因情志因素而发作，苔薄白，脉沉弦。治法：疏肝和胃。方药：柴胡疏肝散加减。疼痛较甚，可加元胡、川楝子；嗳气频作者，加沉香、旋复花。

2. 脾胃虚寒：胃痛隐隐，喜温喜按，泛吐清水，纳差便溏，舌淡、苔白，脉弱而迟。治法：温中健脾。方药：黄芪建中汤合理中汤加减。若呕吐清涎，可加半夏、吴茱萸、生姜。

3. 肝胃郁热：胃脘灼痛，烦躁易怒，口干口苦，吞酸嘈杂，舌红、苔黄，脉弦数。治法：疏肝泄热和胃。方药：化肝煎加减。

4. 瘀血停滞：胃脘疼痛，痛处固定拒按或痛如针刺，或吐血黑便，舌质紫黯，脉涩。治法：活血化瘀。方药：实证用失笑散合丹参饮加大黄、甘草；虚证用调营敛肝饮加减。对出血不止者，若系肝胃郁热，可以泻心汤加减；若系脾胃虚寒，可以黄土汤加减。必要时还可配用止血粉剂：炒蒲黄、乌贼骨（去硬甲）各20g，乌贝5g，三七粉10g，共为细末。每次5g，2～3次/d；或七大黄粉2g，吞服，2～3次/d。

（五）针灸治疗：

1. 体针：取中脘、足三里、内关为主穴，肝胃不和加太冲、章门；脾胃虚寒加公孙、脾俞、胃俞；肝胃郁热加太冲、厉兑；瘀血停滞加膈俞、三阴交和胃脘部及背部的压痛点。

2. 灸法：对脾胃虚寒型可用艾条悬灸脾俞、胃俞、中脘、章门、内关、足三里。

3. 耳针：取胃、脾、神门、下脚端、脑、肝、十二指肠。泛酸多者去胃加内分泌；便溏加小肠。

4. 穴位贴敷：

（1）对虚寒性疼痛者，将香附末、高良姜各等量混合研为细末，过筛后加蜂蜜适量调和，制成2个药饼，分别贴于神阙、中脘，盖以纱布，胶布固定。每天换药1次，10d为1疗程。

（2）对胃痛吞酸者，将吴茱萸、黄连、丁香分别按12份、2份、1.5份的比例混合研末，过筛，密封贮备。临用时取10g黄酒炒热，分别贴于神阙、肝俞，外以胶布固定，每天换药1次。

（3）对胃热疼痛者，将大黄、制乳香、制没药、赤芍分别按15份、6份、6份、3份之比例混合研末，密封贮备。临用时取末10～15g加米醋适量，调成厚膏贴于神阙、足三里。外加胶布固定，每天更换1次。

（六）埋线疗法：取胃俞透脾俞（双）、中脘透上脘。每间隔1～2个月埋线1次，若肠线未完全吸收，可选用足三里透上巨虚（双）。

(七)推拿疗法:在脾俞、中脘和背穴压痛点,由轻到重,依次按摩,然后推拿承山穴。

(八)单验方:

1.取鸡蛋壳20g、白芨5g、甘草10g、元胡3g、氧化镁2.5g、维生素U500mg,制成散剂。每次3g,3~4次/d,饭前0.5h服。大便潜血者,可加大用量。

2.取枳实、白芨各等份,共为细末,每次3~9g,日服3次,于饭前0.5h温开水送服。

3.枯矾1份、蜂蜜2份。将枯矾研末,放入蜂蜜中,搅拌均匀。每次饭前服10ml。

(九)饮食疗法:

1.红糖炖豆腐:豆腐250g、红糖60g、红枣10枚,将豆腐切成2~4块,红枣去核,加水1碗,煮10min即可食用。每次1~2块,每日服2次。有和胃止痛作用。

2.田七炖鸡蛋:鸡蛋1个、藕汁30ml、田七末3g,将鸡蛋去壳搅散,同藕汁、田七搅匀,炖熟食用,每日服2次。有止痛、止血效果。

3.胡椒炒鸡蛋:胡椒5粒、鸡蛋1个,将胡椒研成细粉,同鸡蛋搅匀,用适量麻油和少许精盐炒熟食用。适于胃部冷痛、吐清水者。

4.本着增加营养、少刺激、易消化及少量多餐的原则,制订食谱如下:

(1)早:卧嫩鸡蛋1个,大米粥25g,烤馒头100g,酱豆腐少许。

(2)上午10时:牛奶250ml加糖25g。

(3)中午:瘦肉沫、菠菜泥、碎香干1盘,白菜末豆腐汤1碗,蒸大米软饭100g。

(4)下午3时:糖豆浆250g,烤馒头干100g。

(5)晚:牛肉丸子烧胡萝卜泥1盘,大米粥50g,新蒸馒头100g。

急性胃粘膜病变

急性胃粘膜病变又称急性糜烂性胃炎或急性出血性胃炎。约占上消化道出血病例的20%。

【诊断要点】

(一)急性上消化道出血表现。呕血比黑便多见。出血前可无任何不适;或有上腹部不适、疼痛或食欲减退等。

(二)有服用刺激药物史或发病前正处于应激状态下,如严重创伤、烧伤、冻伤、大手术、感染、休克、颅内病变、呼吸衰竭、心力衰竭、尿毒症、恶性肿瘤等。

(三)确诊主要靠纤维胃镜检查。宜在出血后 24～48h 内进行,镜下可见多个糜烂出血灶或浅表溃疡出血灶。

【治疗】

(一)绝对卧床休息,禁食。

(二)治疗原发病,停服刺激性药物。

(三)H_2 受体阻断剂:

(1)甲氰咪胍 0.4～0.6g,静滴或静注,2 次/d。

(2)雷尼替丁 0.15g,2 次/d,口服;或 50～100mg,静滴,2 次/d。

(3)法莫替丁 20mg,2 次/d,口服。

(四)冰盐水灌胃:去甲肾上腺素 8～16mg 加冰盐水 80～100ml,4～6 次/d;或用冰盐水洗胃(胃管灌入 4℃冰盐水 500～800ml,转动体位后随即抽出,反复 3～5 次)。

(五)止血剂:云南白药 0.5g,4 次/d,口服;安络血 10mg,止血敏 0.5g,2 次/d,肌注或静滴。

(六)内镜下局部止血:出血灶少者可用激光、微波、高频电凝止血;出血灶多或弥漫性出血,可喷洒 5% 孟氏溶液(碱式硫酸铁,50～100ml/次)。

(七)输血补液,维持水、电解质平衡,禁食者补液量在 2 500～3 500ml/d。

肠 结 核

肠结核是结核杆菌侵犯肠道引起的慢性特异性感染。多继发于肺或其他肠外结核,好发于回盲部。可分为溃疡型和增生型,以前者多见。本病多发于青壮年,女性略多于男性。

【诊断要点】

（一）右下腹或脐周隐痛或钝痛，在增生型或并发肠梗阻时，有腹绞痛　腹痛无规律性，也可因进食而诱发，便后有不同程度的缓解。

（二）腹泻与便秘：腹泻是本病的主要表现之一。每日排便2～4次不等，粪便呈糊状或水样，不含脓血或粘液，无里急后重。病变严重而且广泛者，可有脓血便，量多。增生型多以便秘为主。部分患者因肠功能紊乱可出现"腹泻便秘交替"现象。

（三）增生型肠结核可有腹部肿块。多见于右下腹，比较固定，中等硬度，伴轻重不等的压痛。

（四）可伴有发热、盗汗、乏力、体重减轻等结核病毒血症状。

（五）实验室和其他检查：

1．血象：可有中度贫血；血沉增快；结核菌素试验阳性或强阳性。

2．粪便检查：镜下可见少量脓细胞和红细胞。粪便浓缩找结核菌阳性且痰菌阴性者才有意义。

3．X线检查：胃肠钡剂造影或钡剂灌肠检查对诊断有重要意义。增生型：肠段呈增生性狭窄、收缩、变形，可见钡剂充盈缺损、粘膜皱襞粗乱、肠壁僵硬、结肠袋消失等。溃疡型：病变肠段粘膜破坏，有激惹现象。

4．乙状结肠镜、纤维结肠镜检查：前者可直接观察乙状结肠下段或直肠，后者可观察升结肠、盲肠、回肠末端的病变，并可取活组织检查。

【治疗】

（一）注意休息，增加营养。

（二）抗结核药物治疗：参阅肺结核。

（三）手术治疗：完全性肠梗阻、急性肠穿孔、慢性穿孔致粪瘘经内科治疗无效、肠出血量大内科抢救无效者均应积极采用手术治疗。

（四）中医治疗：

1．脾肾阳虚：食欲减退，形瘦神疲，腹痛阵作，大便溏薄，腰酸肢冷，或黎明腹泻，舌淡、苔薄白，脉沉细弱。治法：温肾健脾。方剂：参苓白术散合四神丸加减。

2．脾肾阴虚：纳少消瘦，面色不华，腹部隐痛或绞痛，潮热，盗汗，舌红、苔薄白，脉沉细数。治法：健脾滋肾。方药：四君子汤加熟地、首乌、肉苁蓉、淮山药、白芍。

3. 瘀血内结：右下腹疼痛，固定不移，且有肿块，舌紫暗或有瘀点，脉沉涩。治法：活血化瘀。方药：少腹逐瘀汤加减。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取中脘、天枢、脾俞、大肠俞、足三里。

2. 耳针：脾、大肠、神门、交感、内分泌。上述穴位也可用耳压法。

(六)单验方：

1. 百部、白及、白术、怀山药各 12g，水煎服。适用于脾肾阳虚型。

2. 熟地、首乌、肉苁蓉各 12g。水煎服。适用于脾肾阴虚型。

3. 皂刺、土元、元胡、白芨各 12g，水煎服。适用于瘀血内结型。

(七)饮食疗法：

1. 薏苡仁 50g、百部 12g、枸杞 12g、猪排骨 300g，先将百部加水煎煮去渣留汁，再将薏苡仁、枸杞、猪排骨放入药液中炖服。适用于脾肾阳虚型。

2. 红枣(去核)20g、黑豆 60g、制首乌 50g、猪肚 500g，炖服。适用于脾肾阴虚型。

结核性腹膜炎

结核性腹膜炎是由结核杆菌引起的慢性、弥漫性腹膜感染。本病绝大多数继发于肠结核、肠系膜淋巴结结核、输卵管结核等，也可由其他结核病灶通过血行播散而致病。按临床表现分型可分为急性腹痛、慢性腹痛、腹水、腹块、干酪溃疡和隐匿型 6 种类型。

【诊断要点】

(一)常有发热、盗汗、消瘦、乏力、食欲不振、贫血等结核中毒症状，或有原发性结核史。

(二)常有腹痛、腹胀、便秘或腹泻，腹痛多为持续性隐痛或钝痛，位于病变部位或全腹。

(三)体检时腹壁有特殊的柔韧感或揉面团感和全腹轻、中度压痛，有时于脐周或右下腹可扪及不规则包块。腹水型者叩诊有移动性浊音，干酪型者常有不完全肠梗阻征象。

(四)实验室和辅助检查：

1. 白细胞正常，血沉增快，可有贫血。

2. 腹水为渗出液，可呈血性，放置后有纤维素析出形成薄膜，不同于癌性。腹水培养或动物接种检查结核杆菌常为阳性。

3. 结核菌素试验（纯结核蛋白衍生物试验，PPD 试验）1∶10 000 阳性，可供诊断参考

4. 胃肠钡餐检查可见肠管有不同程度的粘连、狭窄、扩张等改变。腹部平片有时可发现钙化影。

5. 腹腔镜检查可见腹膜充血、水肿、黄白色粟粒型结节，腹膜增厚，脏器粘连等，活检病理可确诊。

【治疗原则】

（一）支持疗法同肺结核。

（二）抗结核药物治疗：宜早期、联合（三药）、足量、长程应用一线抗痨药。疗程至少半年，半年后根据病情减药、减量，持续治疗 1～2 年。对已产生抗药性的患者，可选用其他抗结核药，如异烟肼或氨硫脲、丙硫异烟胺或利福平联合，也可用利福平和乙胺丁醇联合。

（三）有血行播散或中毒症状明显者，可加用肾上腺皮质激素，常能减轻中毒症状，加速腹水吸收，减少腹腔粘连。可用氢化可的松 200mg 或地塞米松 10mg，加入葡萄糖液或生理盐水 500ml 中，静滴，中毒症状减轻后，改为强的松 10mg，3 次/d，口服，2 周后逐渐减量，服用 4～6 周。

（四）大量腹水可适当放液，腹腔注入链霉素 0.5～1g，异烟肼 300～600mg，醋酸可的松 25～100mg，1～2 次/周，直至腹水消退。但腹水量少或合并粘连者，不宜穿刺，以免误伤肠管。渗出型患者，一般经常规全身抗结核药物的联合作用，疗效满意，不需多次放腹水。

（五）手术治疗：并发急性穿孔或并发出血、肠梗阻，经内科治疗无效者。

（六）中医治疗：

1. 气阴两虚：倦怠消瘦，潮热盗汗，面白颧红，手足心热，腹胀腹痛，大便时溏时结，舌嫩红或淡白、苔薄，脉细数或细弱。治法：益气养阴。方药：四君子汤合清骨散加减。

2. 水湿内停：恶心纳呆，腹胀膨隆，小便短少，气短乏力，面色㿠白，畏寒肢冷，便溏或便秘，舌淡、苔白腻，脉弦缓。治法：温阳化湿利水。方药：真武汤合参苓白术散加大腹皮、猪苓、枳实、姜皮、百部。若见便秘可

加大黄；若腹膨严重，倚息喘促可用十枣汤逐水治标。

3. 瘀血内阻：腹大而坚，内有肿块，或见腹痛泄泻，或见呕吐便秘，面色黧黑，肌肤甲错，舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，脉细涩。治法：活血化瘀。方药：血府逐瘀汤加柴胡、枳壳、百部、白芨。

（五）针灸治疗：

1. 体针：气阴两虚取脾俞、胃俞、天枢、足三里、三阴交；水湿内停取脾俞、肾俞、水分、阴陵泉、复溜、足三里；瘀血内阻取膈俞、肝俞、章门、期门、中封、三阴交。

2. 灸法：取背俞穴、水分、关元、肾俞、痞根。艾条温和灸，每日1次

3. 耳针：取肝、脾、肾、胰、大肠。

4. 贴敷：取大黄60g、芒硝30g、甘遂15g，若研末，调醋加热敷腹部。

（六）单验方：

1. 壁虎7只，从肛门将内脏掏出，放入胡椒1粒，用棉油炸焦，取出凉后为末，开水吞服，成人每次服7只，儿童服4只，每日服1～2次。

2. 鸡内金20～30g、炒黑白丑60～80g、生麦芽15～20g，水煎服。适用于水湿内停型。

3. 桃仁、红花、厚朴、炒莱菔子、木香、乌药、番泻叶、甘草各9g，玄参30g，佛手、丹参、白芍各15g。水煎服。适用于痰瘀互结型。

克罗恩病

克罗恩病又称局限性肠炎、节段性肠炎或肉芽肿性小肠结肠炎，是病因未明的胃肠道慢性炎性肉芽肿性疾病。病变多见于回肠末段及邻近结肠，常呈节段性分布。发病年龄多在15～30岁，男女发病率相同。

【诊断要点】

（一）起病缓慢，病程迁延。

（二）腹痛：常位于脐周或右下腹阵发性痉挛样疼痛，排便排气后可暂缓解，严重者可呈持续性腹痛。

（三）腹泻：时轻时重，多为糊状便，每日2～10次不等。重症或急性病者，腹泻频数，常有粘液血便及里急后重等。

（四）可有发热、消瘦、食欲减退等全身症状，肠外表现可有杵状指、关节痛、虹膜睫状体炎、结节性红斑、慢性活动性肝炎等。可有肛周脓肿或

瘘管形成。

（五）实验室及其他检查：

1．血液检查：常见贫血、白细胞增多、血沉增快。

2．粪便检查：可有粘液脓血便，培养病原体阴性。

3．X线检查：全消化道钡剂造影或钡剂灌肠检查见病变呈节段性分布，多位于回肠及升结肠，可有肠腔狭窄、僵硬、粘膜皱襞消失、呈线样征，也可有卵石征及瘘管阴影。

4．结肠镜检查：可见病变呈节段性分布，可见纵向深大溃疡，偶尔见裂隙溃疡，在溃疡交错处粘膜呈铺路石样隆起，常见息肉形成及肠腔狭窄。活组织检查可找到肉芽肿病变。

【治疗】

（一）休息。严重者应禁食，补液，纠正水、电解质紊乱。

（二）水杨酸偶氮磺胺吡啶对本病有一定疗效，特别在结肠克罗恩病是首选药物。用法参见溃疡性结肠炎。

（三）肾上腺糖皮质激素：适用于活动期患者，特别在以小肠病变为主及有肠外表现者效果明显。有瘘管形成者慎用。强的松 10～15mg，4 次/d，病情缓解后递减药量，维持半年以上。严重者可静滴氢化可的松 200～300mg/d或地塞米松 10mg/d，病情缓解后改用口服。

（四）免疫抑制剂：病情严重者可试用。与肾上腺皮质激素联合应用可减少两者的剂量和副作用。硫唑嘌呤 50mg，3 次/d；或环磷酰胺50mg，2～3 次/d。

（五）手术治疗：因手术后易复发，故手术要慎重。指征为：内科治疗无效，影响正常生活；或出现肠梗阻、肠穿孔及大出血等严重并发症保守治疗无效者。

溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎是一种病因不明的直肠和结肠慢性炎性疾病。病变以溃疡为主，临床特点是腹泻、粘液脓血便、腹痛和里急后重。可发生于任何年龄，多见于青壮年。男女发病率相等。

【诊断要点】

（一）病程迁延，活动期与缓解期交替出现，也可呈慢性持续活动或暴

发型经过。

（二）腹泻：轻者排便3～4次/d，重者可达20次/d以上，为糊状粘液脓血便。

（三）腹痛：多为轻度至中度腹痛，呈痉挛性，位于左下腹，亦可波及全腹，伴里急后重。有腹痛→便意→便后缓解的规律。

（四）重症可有发热、食欲不振、恶心、呕吐、贫血、关节痛、消瘦等，暴发型可有高热、大量出血伴休克、中毒性巨结肠等。

（五）肠外表现同克罗恩病，但本病的发生率较低。

（六）实验室及其他检查：

1．血液检查：可有贫血、白细胞计数增高，血沉增快。

2．粪便检查：常有粘液脓血便，镜检有红、白细胞，反复培养无特异性病原体发现。

3．结肠镜检查：病变分布主要在直肠及乙状结肠，其次为降结肠。可见粘膜连续性弥漫性病变，粘膜充血、水肿、质脆易出血、细颗粒状；常有小出血点，深浅不等的小溃疡，被覆粘液或脓血性分泌物。轻症粘膜表现正常，重症粘膜粗糙，血管纹理紊乱，常有假息肉形成。慢性活动期常有多发性假息肉，肠襞增厚，肠腔狭窄。活组织检查提示急、慢性炎症、糜烂及溃疡，隐窝脓肿，腺体排列紊乱，杯状细胞减少或有不典型增生。

4．X线钡灌肠检查：早期无特异表现；急性期典型病例以左半结肠为主，肠管痉挛，粘膜粗乱，边缘呈锯齿状。后期可见假息肉形成的充盈缺损，肠腔狭窄、缩短，结肠袋消失，呈水管状。

【治疗】

（一）轻症：

1．活动期给予无渣或少渣饮食，避免生冷刺激性食物，忌食牛奶及乳制品。

2．药物治疗首选水杨酸偶氮磺胺吡啶（SASP），1.5g，4次/d，缓解后改2g/d，维持1～2年。无效或不能耐受时，可改氨苄青霉素或头孢菌素族抗生素。亦可用免疫抑制剂如硫唑嘌呤50mg，3次/d；或环磷酰胺50mg，3次/d，口服。

（二）重症或暴发型：

1．诱发缓解危急状态：

(1)卧床休息、禁食、静脉高营养;逐渐给予素饮食。

(2)精神紧张者可给镇静剂。慎用抗胆碱能药物及复方苯乙哌啶。

(3)糖皮质激素:①氢化可的松200mg/d,静滴;或强的松龙20mg/d,静滴;②普鲁卡因300mg,氢化可的松70mg(或再加锡类散2g),混合后加水100ml保留灌肠;③普鲁卡因150～450mg(或利多卡因50～200mg),地塞米松2～4mg,SASP1～2g,可任选其中一种或任意配合加生理盐水200ml,睡前保留灌肠。

(4)SASP 1.5g,2～3次/d,口服。

2.症状缓解后上药剂量可酌减,改用轻症的治疗方案。

3.手术治疗:如发生中毒性巨结肠症、肠穿孔、严重贫血,长期营养障碍生活不能自理者可考虑手术治疗。

(二)中医治疗:

1.湿热下注:发热,腹痛,腹泻或里急后重,粪便夹有脓、血、粘冻。苔黄腻,脉滑数。治法:清利湿热。方药:白头翁汤加车前子、枳壳、木香。热重加黄芩、金银花;湿重加厚朴、苍术。

2.肝旺脾虚:腹泻多于情绪紧张或激动后发生,腹痛即泻,泻后痛减,伴胸胁胀痛,脘闷纳呆。苔薄白,脉弦细。治法:抑肝扶脾。方药:痛泻要方加柴胡、薏苡仁、焦山楂。

3.脾胃虚弱:肠鸣腹泻,反复发作,粪便夹有不消化食物,纳呆胸闷,疲乏无力,舌淡、苔薄白,脉濡缓。治法:补脾健胃。方药:参苓白术散加减,若余热未清,可加黄连、木香。

4.肾阳虚衰:病程迁延日久,症见畏寒,面色㿠白,腰酸膝冷,肠鸣腹泻多在黎明前,舌淡、苔薄白,脉沉细无力。治法:温肾固涩。方药:四神丸加制附子、赤石脂、禹余粮、党参、甘草。

(四)针灸治疗:

1.针刺:取中脘、足三里、天枢、大肠俞。脾胃虚弱配脾俞、胃俞、章门、气海;脾肾阳虚配关元、肾俞、命门。

2.灸法:用隔生姜艾炷灸疗法。取天枢、中脘、足三里、脾俞、太溪。气短懒言加气海;腹中冷痛、肠鸣即泻,加神阙、水分、三间。

3.耳针:取小肠、大肠、胃、脾、交感、神门。肾阳虚衰加肾、内分泌;肝郁气滞加肝;腹痛下坠加直肠下段;恶心、呕吐加贲门。

(五)推拿：

1．对脾胃虚弱型患者可横摩上腹，斜摩腹部，拿提腹肌，推摩侧腹。

2．对肾阳虚衰型患者可横摩上腹，推摩侧腹、拿提腹肌，点按天枢，挤推背部，叠掌按腹。

(六)单验方：

1．对湿热型可取马齿苋60g、车前草30g，水煎服。

2．对脾胃虚弱型可取党参30g、扁豆20g、石榴皮10g，水煎服。

3．对肾阳虚衰型可取制附子12g、肉豆蔻10g，水煎服。

(七)保留灌肠：

1．灌肠1号：药用当归、炉甘石、滑石、琥珀、白芷、血竭、甘草、冰片，有祛腐生肌作用。用于各型作为配合疗法，亦可单用。

2．灌肠2号：药用黄芩、黄连、白芷、槐花、海螵蛸、败酱草、甘草，有清热利湿作用。

3．灌肠3号：药用防风、白术、白芍、陈皮、柴胡、乌药、郁金，有抑肝扶脾作用。

4．灌肠4号：药用黄芪、甘草、炒白术、陈皮、当归、柴胡、党参、升麻、制乳香、制没药，有益气健脾作用。

5．灌肠5号：药用硫黄、熟附子、仙灵脾、白芷、甘草、补骨脂、石榴皮，有温肾固涩作用。

(八)饮食疗法：生姜羊肉莲子汤：羊肉250g、生姜50g、莲子20g。羊肉切块，生姜切丝，加精盐、大葱及花椒适量，煮至肉烂为止，汤食俱进。适用于脾肾阳虚患者。

结肠激惹综合征

结肠激惹综合征是胃肠道最常见的功能性疾病，主要表现为结肠运动功能紊乱，有时亦伴粘液分泌异常。本病肠管生理紊乱几乎遍及整个肠道，故又称肠激惹综合征。

[诊断要点]

(一)腹痛：从左下腹多见，常伴腹胀，排便、排气后腹痛缓解。

(二)腹泻和(或)便秘：粪便呈糊状，含大量粘液，有的病例表现为痉挛性便秘(痛性便秘，又称为痉挛性结肠)，大便呈羊粪状。腹泻可与便秘

交替出现。

(三)症状的发生与恶化常与精神因素或生活饮食失调等诱因有关,可伴有植物神经紊乱的全身表现,如失眠、焦虑、健忘、神经过敏、头痛等。

(四)实验室及辅助检查:

1. 粪便检查有粘液而无红、白细胞,细菌培养阴性。

2. 乙状结肠镜检查可见肠壁尤其是直肠乙状结肠移行段的痉挛,并对插镜和注气反应过于敏感(腹痛)。可见粘膜血管充血及粘液分泌增多。

3. 钡剂灌肠可表现为结肠刺激征,呈弥漫性或节段性肠腔缩窄和肠袋变形,以降结肠和乙状结肠多见。

(五)必须排除结肠癌、慢性痢疾、血吸虫病、结肠憩室炎、慢性非特异性溃疡性结肠炎等器质性疾病。

【治疗】

(一)一般治疗:给予软而少渣、易消化的饮食,定时进餐,禁食具有刺激性的食物或患者有过敏的食物(如牛奶或乳制品)。忌烟酒。可适当进行体育锻炼以增强体质,劳逸结合。

(二)寻找和消除致病因素,全面检查,排除器质性疾病,对恐病者应耐心做好解释工作、尽量避免精神刺激,必要时暗示治疗。

(三)药物治疗:

1. 镇静药:利眠宁 10mg,2～3 次/d;或安定 2.5mg,2～3 次/d,口服。

2. 解痉药:普鲁苯辛 15mg、阿托品 0.3mg 等,与小量苯巴比妥 0.03g 和氧化镁 0.3～0.5g,3～4 次/d,口服。对严重便秘伴腹痛者有效。严重结肠痉挛。腹痛可用 mebeverine100～200mg、戊唑星(pentazocin)50mg 或抗痉(spasmomin)20mg,3～4 次/d。

3. 严重腹泻者可用复方苯乙哌啶 2.5～5mg,3～4 次/d。

4. 痉挛性便秘可给予甲基纤维素 1 匙,3 次/d。

5. 色甘酸二钠,200mg,4 次/d,饭前口服,对部分病例有效。

6. 溴化西咪特洛(cimetropii bromidum)50mg,3 次/d,疗程 3 月。

肝 硬 化

肝硬化是一种常见的慢性肝病,由一种或多种病因的长期或反复作

用，造成弥漫性肝脏损害，临床上以肝功能损害及门静脉高压症为主要表现，晚期常出现严重的并发症，如消化道出血、肝性昏迷、继发感染等。

【诊断要点】

（一）有肝炎、嗜酒、长期营养不良、血吸虫病、接受损肝药物或接触化学毒物等病史，

（二）临床特点：肝硬化起病隐匿，进展缓慢，可分为肝功能代偿期和失代偿期：

1．代偿期：可无症状，但常有乏力、食欲减退、腹胀、腹泻，可有蜘蛛痣和肝掌及肝脾轻度肿大，肝功能正常或轻度异常。

2．失代偿期：除代偿期表现外，可有鼻衄、皮肤粘膜出血点、黄疸、腹部膨隆、腹壁静脉曲张、肝浊音界可稍缩小或正常；深吸气常可触及肝缘，边锐质硬，剑突下更明显；脾肿大，可有移动性浊音，大量腹水者可有脐疝。少数患者上腹部可闻及静脉营营音；男性可有乳房发育及睾丸萎缩。

（三）并发症：

1．消化道出血：主要为食管及胃底静脉曲张破裂，其次为消化性溃疡、急性胃粘膜病变出血。

2．感染：以原发性腹膜炎为多见。

3．肝性昏迷。

4．肝肾综合性。

（四）实验室检查：可有不同程度的“三少”（白细胞、血小板及红细胞减少）；血清转氨酶及单胺氧化酶活性升高；血清 A/G 比值倒置；血清蛋白电泳γ球蛋白常明显增多，血胆红质增高，尿胆红质和尿胆原可强阳性；HBsAg 部分阳性，凝血酶原时间延长。腹水多为漏出液，如有感染则为渗出液，可培养出致病菌。超声波检查有肝硬化或（及）腹水改变。食管吞钡和纤维内镜检查可有食管或胃底静脉曲张。代偿期上述检查正常者，可测定单胺氧化酶及其同工酶、靛青绿滞留试验或 BSP 滞留试验等有助于诊断。

【治疗】

（一）代偿期常不需休息，宜适当工作，勿过度劳累。戒酒。高蛋白、高热量及高维生素饮食；避免服用损肝药物。

（二）失代偿期应休息或住院治疗，饮食应随病情调节，如有肝昏迷趋

势应少进蛋白质；给予多种维生素；有腹水、水肿者要限制钠盐摄入。

(三)护肝药物：根据病情合理选用下列药物 2～3 种，避免滥用增加肝脏负担。

1. 肝泰乐：0.1g，3～4 次/d，口服。

2. 肌苷：0.1～0.2g，3～4 次/d，口服；或 0.2g，1 次/d，肌注。

3. 维丙肝：80mg，1 次/d，肌注。

4. 复方磷酸酯酶：100～150mg，3 次/d，口服。

5. 三磷酸腺苷(ATP) 20mg，1～2 次/d，肌注；或 20～40mg 溶于葡萄糖液 500ml 中静滴。

6. 辅酶 A(coA) 50u，1 次/d，肌注。

7. 维生素 B 族：B_1、$B_{(1)}$、B_{12}、干酵母等。

8. 维生素 C：0.1g，3 次/d，口服；或 500mg 加液静滴。

9. 能量合剂：2 支加入 10% 葡萄糖 500～1 000ml 静滴，1 次/d。

10. 支链氨基酸：250ml，1 次/d，静滴。

11. 有慢性活动性肝炎者可试用肾上腺糖皮质激素治疗。

(四)腹水的治疗：

1. 一般治疗：

(1)低钠、高蛋白、高维生素饮食，限制液体入量。水限制在每日约 1 000ml，如有严重低血钠，应限制在 300～500ml。钠应限制在每日 10～20mmol(即钠 250～500mg 或氯化钠 600～1 200mg)，经水、钠限制后，部分患者可产生自发性利尿。

(2)记录液体出入量，定期测量腹围及体重。

2. 提高血浆蛋白质：酌情静滴白蛋白或血浆，也可试用促进代谢药物。

3. 利尿剂：原则上排钾利尿剂与保钾利尿剂合用，如双氢克尿噻 25～50mg，加安体舒通 20～40mg 或氨苯喋啶 50～100mg，3 次/d。重者可加用袢利尿药速尿 20～80mg，口服或静注。如仍无效，则可加用甘露醇、山梨醇等渗透性利尿剂。注意利尿速度不宜过快。

4. 纠正电解质紊乱：根据血清 K^+、Na^+、Cl^- 及 24h 尿 K^+、Na^+、Cl^- 排出量维持水及电解质平衡。一般血 K^+ 在 3.5mmol/L 时，每日需补充 3～4g 氯化钾；血 K^+ 在 3.0mmol/L 以下时，每日需补充 6～8g 氯化钾；血

Na^+ 在 136～146mmol/L 时，每日可给食盐 3～4.5g(无盐饮食情况下)。

5. 腹腔穿刺补液：只在腹压很高、腹胀难忍、呼吸困难、影响进食和睡眠时，才适当缓慢放液，每次不应超过 3 000ml。

6. 对利尿剂反应不良时，可加用导泻法：10% 甘露醇 2 000ml，4h 内服完，可达利尿、降低门静脉高压及纠正低钠血症的目的。

7. 腹水浓缩回输：适用于顽固性腹水，且腹水为漏出液、细菌培养阴性者，可补充蛋白质，提高血浆胶体渗透压。

8. 腹腔－颈静脉分流术：适用于难治性腹水。

(五)并发症的治疗：

1. 食管、胃底静脉曲张破裂大出血：参阅呕血与黑便。为防止出血后诱发肝昏迷，可用甘露醇液行消化道灌洗。灌洗液配方为：每升含甘露醇 40g、氯化钠 1g、氯化钾 1g、新霉素 0.25g。将上述溶液 5L 加温后，经三腔管做胃内持续灌注，大约 33ml/min，于 2.5～3h 内灌完。出血期可每 12h 灌 1 次，以消除消化道内积血，保持肠道清洁。

2. 肝昏迷的治疗：参阅肝性脑病。

3. 原发性腹膜炎：一经确诊立即给予抗生素治疗，宜广谱联合用药，抗生素的选用主要针对革兰阴性杆菌并兼顾革兰阳性球菌。常用的抗生素有氨苄青霉素、头孢菌素、庆大霉素、青霉素、氯霉素等，选择 2～3 种联合应用，然后再根据细菌培养结果和治疗的反应情况，考虑调整抗生素。开始数天剂量宜大，病情稳定后减量，用药时间至少 2 周。如腹水量大或脓性成分多时可排放腹水，并同时腹腔内注射抗生素。

4. 脾功能亢进症：尤其伴门静脉高压者，可行脾切除术；或分流术、断流术。

5. 肝肾综合征：为功能性肾衰竭，其治疗原则为：

(1)停止、避免使用损害肾功能的药物，如新霉素、卡那霉素、庆大霉素及含氮药物。

(2)避免、控制降低血容量的各种因素，如强烈利尿、大量放腹水、上消化道大出血等。

(3)严格控制输液量，量出为入，纠正水、电解质和酸碱失衡。

(4)输注右旋糖酐、血浆、白蛋白，以提高循环血容量，改善肾血流量，增加肾小球滤过率，在扩容基础上应用利尿剂。

(5)血管活性药如八肽加压素、多巴胺可改善肾血流量,增加肾小球滤过率。

(六)中医治疗:

1. 肝郁脾虚:肝区疼痛,肝大而硬,精神抑郁,疲倦乏力,面黄无华,食欲不振,便溏,舌淡、苔薄白,脉弦无力。治法:疏肝健脾。方药:逍遥散加党参、黄芪、香附、郁金、山药、鸡内金。

2. 气滞血瘀:右胁或两胁隐痛,或痛如针刺,脘腹胀满,食后更甚,肝脾肿大、蜘蛛痣、肝掌,面色晦暗,舌质紫暗或有瘀斑,脉沉弦涩。治法:理气活血。方药:膈下逐瘀汤加减。

3. 水湿内阻:腹胀如鼓,按之坚满,脘闷纳呆,恶心,呕吐,尿少色黄,肤目黄染,舌胖、苔薄,脉弦细。治法:化气利水,健脾祛湿。方药:胃苓汤加减。

4. 脾肾阳虚:面黄无华,脘腹闷胀,食欲不振,畏寒肢冷,有明显腹水,下肢浮肿,尿少便溏,舌淡、苔薄白,脉沉细。治法:温肾健脾,化气行水。方药:济生肾气丸去丹皮,加白术、附片、肉桂。

5. 肝肾阴虚:手足心热,潮热心烦,唇干口燥,脘腹胀大;或伴有腹水,鼻衄牙宣,舌质红绛、苔少或无,脉细数。治法:滋养肝肾,利水消肿。方药:六味地黄汤加枸杞、麦冬、女贞子、旱莲草、石斛。黄疸甚者,加茵陈;低热不退者,加青蒿、地骨皮;神识异常者,加石菖蒲、郁金;神志昏迷者,加安宫牛黄丸;血热妄行者,急用犀角地黄汤。

(七)针灸治疗:

1. 针刺:取肝俞、脾俞、中脘、期门、太冲、行间、足三里、气海。心悸失眠加内关、神门;尿少加关元、阴陵泉;吐血鼻衄加尺泽、内关、合谷;腹水加肾俞、三阴交、水分、大肠俞。

2. 灸法:艾条悬灸肝俞、脾俞、肾俞、足三里、期门、中脘、水分、神阙、关元。

3. 贴敷:甘遂适量研末,连头葱白 5 根(如无甘遂可用商陆,如患者畏寒怕冷可加少量肉桂粉)共捣烂。用醋涂擦脐部,以防止感染和刺激皮肤,然后将药适量敷肚脐上,再用纱布覆盖,固定即可。一般 2～4h 之内即能自动排尿或排稀水便。

4. 穴位注射:取肝俞、脾俞、足三里、三阴交、期门、中都,用丹参注射

液、板蓝根注射液、维生素 B_1 或 B_{12} 注射液，每次据症选 3～4 穴，任取 1 种药液，每穴注入 0.5～1.0ml，1 次/d，症状改善后可隔日 1 次或药量减半。

（八）单验方：

1．马鞭草 30g，或加半边莲 30g、石打穿 30g。水煎服，1 剂/d。适用于腹水，尿少。

2．己椒苈黄丸加黄体酮治疗肝硬化腹水方法：黄体酮 60mg，肌肉注射，1 次/d，腹水消退后改为每周 2 次，连用 2 周，继之每周 1 次，巩固 3 周后停药；己椒苈黄丸加味（汉防己 30g、川椒目 6g、葶苈子 30g、大黄 4.5g、泽兰 15g、大腹皮 18g、生黄芪 20g、苍白术 30g，水煎，1 剂/d）。

（九）饮食疗法：

1．鲫鱼 5 条（每条约 250g），胡椒（1 岁 1 粒），鱼去内脏，装入胡椒，以泥盆蒸食。治水肿。

2．鲫鱼冬瓜汤：鲫鱼 200g，冬瓜皮 100～200g。鱼去鳞及内脏，与冬瓜皮同时入锅加水，炖煮 2h，至鱼烂为度。若无鲫鱼，其他鱼亦可。空腹 1～2 次服完。药后可见小便次数增多，皮中有虫行感。

3．鲤鱼赤小豆汤：鲤鱼 500g（去鳞及内脏），赤小豆 50g。水煎服。

肝 脓 肿

肝脓肿是由化脓细菌或阿米巴原虫侵入肝脏所致。常见致病菌为金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、厌氧菌等，以及阿米巴原虫。

【诊断要点】

（一）起病急骤，有寒战、高热、肝区疼痛。近期有胆道或软组织感染、化脓性阑尾炎，或有痢疾及慢性腹泻史。

（二）巩膜可有黄染，肝区肋间隙饱满，腹部压痛，腹肌紧张，肝脏肿大，有明显触痛及叩击痛。

（三）辅助检查：

1．白细胞计数及中性粒细胞显著增多。血沉增快，细菌性肝脓肿尤著。血培养可获得阳性致病菌，阿米巴肝脓肿粪便可能查到阿米巴原虫。

2．胸透右膈肌运动受限及升高，部分患者可有反应性胸腔积液及右下肺炎。

3. B型超声波检查：可见肝肿大及脓肿（液性暗区）的位置、大小及数目。阿米巴性多为单发，细菌性多为多发性脓肿。

4. 诊断穿刺：在B超定位后穿刺，抽出液如为草黄色液体或黄色脓汁并培养出致病菌，可诊断为细菌性肝脓肿。抽出液如为巧克力样腥臭脓液，涂片查到阿米巴滋养体为阿米巴肝脓肿，如未查到而疑诊时可抗阿米巴治疗。

【治疗】

（一）全身一般治疗：卧床休息，给予高营养易消化饮食。纠正贫血、低蛋白血症，以及水、电解质紊乱。

（二）抗生素治疗：病原菌未明确前，可根据临床经验选用青霉素、红霉素、氯霉素、庆大霉素、氨苄青霉素、先锋霉素及头孢菌素类静脉点滴；致病菌明确后可根据药敏结果选用。总疗程4～6周。

（三）如为阿米巴肝脓肿时，须抗阿米巴治疗。

（四）肝穿刺排脓：根据情况3～5d排脓1次，尽量将脓液抽空。对单发性脓肿效果较好。

（五）手术指征：

1. 孤立性或多发性巨大脓肿内科治疗无效者或肝左叶脓肿穿刺有困难者，可手术引流。

2. 脓肿破入腹腔或心包者或将要穿破时应紧急手术引流。破入胸腔可反复胸腔穿刺排脓，多不需手术治疗。

3. 肝坏死严重伴有胆道出血或腹内出血，可做肝坏死组织清创性切除，并止血。

4. 慢性局限性厚壁脓肿可做脓肿切除。

5. 肝组织损害严重或纤维化失去正常功能者可做肝叶切除。

（六）中医治疗：

1. 肝胆郁热：寒热往来，口干口苦，胸闷脘痞，右胁疼痛，按则痛甚，舌红、苔薄白或薄黄，脉弦数。多见于肝脓肿早期。治法：清肝理气。方药：柴胡清肝汤合金铃子散加减。

2. 热毒炽盛：高热口渴，但热不寒，肝大，右季肋部隆起甚至皮肤红紫，疼痛明显，肝脏穿刺有脓，便秘，严重时面目发黄，呕血、便血，舌红、苔黄，脉滑数或弦数，多见于肝脓肿中期。治法：清热解毒排脓。方药：黄连

解毒汤合大柴胡汤加减，或柴胡清肝汤加冬瓜子、生薏苡仁、败酱草、紫地丁、金银花、连翘等。

3. 湿浊内闭：嗜睡懒言，表情淡漠，神志模糊或昏迷，舌苔浊腻，脉细弦。治法：化湿泄浊开窍。方药：菖蒲郁金汤加减。

4. 正虚邪恋：低热缠绵，自汗盗汗，面色少华，右胁刺痛，创口流脓久不吸收，纳差气短，神疲乏力，舌淡胖、苔薄白或薄黄，脉弱或数而无力，多见于肝脓肿后期。治法：扶正祛邪，托毒外出。方药：托里消毒散加减。

5. 气阴两虚：五心烦热，头晕目眩，自汗盗汗，口干，神疲乏力，舌红、少津、苔剥脱，脉细数，多见于肝脓肿后期。治法：益气养阴。方药：生脉散合益胃汤加减。

（七）针刺疗法：取中脘、期门、内关、足三里、章门、胃俞、脾俞、阳陵泉。

（八）单验方：

1. 石膏 30g，龙胆草 15g，水煎服。适用于高热、烦躁。

2. 沙参、麦冬、生地、西瓜皮各 12g，水煎服。适用于气阴两竭。

（九）饮食疗法：

1. 陈皮 10g、薏苡仁 50g、白米 70g，先煎陈皮，去渣后加薏苡仁、白米煮粥。适用于湿浊内闭。

2. 党参 30g 或人参 6g、麦冬 15g、粳米 60g，煎药后取汁煮米，早晚食。适用于气阴两竭。

急性胆囊炎

急性胆囊炎是由于胆囊管阻塞和细菌感染引起的胆囊急性炎症。本病女性多见。90% 以上的患者可合并胆石症。约 70% 为大肠杆菌，其次是葡萄球菌、链球菌、伤寒杆菌或厌氧菌。

【诊断要点】

（一）患者常有慢性胆囊炎伴多次胆绞痛发作史，进食脂餐、劳累及精神因素可为诱因。

（二）右上腹部阵发剧痛，放射至右肩背部，伴发热、寒战、黄疸。

（三）全身症状明显，常伴有休克表现。

（四）体检可见巩膜、皮肤轻度黄疸，胆囊区可触及肿大的胆囊及肝

脏，压痛明显，腹肌紧张，Murphy 征阳性。病情严重者出现血压下降，脉弱而快，出血及休克现象。穿孔者可出现弥漫性腹膜炎。

（五）辅助检查：

1．白细胞增高，血清胆红素值升高。肝功能损害，转氨酶、淀粉酶、碱性磷酸酶升高。

2．B型超声检查：胆囊横径大于 5cm，胆囊壁厚度大于 3.5mm；胆囊内出现光点增强的结石影，或对胆囊做连续动态观察发现胆囊进行性扩大，胆囊壁进行性增厚。

3．X线检查：腹部平片约 10% 患者显示肿大的钙化胆囊，偶尔可见结石阴影，并可排除胸部疾病和溃疡病穿孔。

【治疗】

（一）内科治疗：

1．一般治疗：卧床休息，急性期禁食，严重者胃肠减压及静脉滴注葡萄糖盐水及钾盐，好转后逐渐增加低脂饮食。

2．解痉镇痛：可用阿托品、氯丙嗪、硝酸甘油、哌替啶、美散痛等。

3．控制感染：轻症患者可肌注青霉素、链霉素、庆大霉素等；严重者给予氨苄青霉素 3－4g，加入 10% 葡萄糖液 20ml 中静注，2 次/d。灭滴灵 0.6－0.8g，3 次/d，口服；或 5% 灭滴灵 250ml 静滴，2 次/d。也可用头孢菌素，如先锋Ⅴ。

（二）手术治疗：手术时间由患者全身情况、病程长短、病情演变等决定。一般先行内科治疗，改善全身情况后再考虑外科治疗。手术指征：

1．内科治疗无效，胆囊出现坏死、穿孔并发弥漫性腹膜炎。

2．胆囊肿大，有结石嵌顿。

3．长期反复发作，影响生活、工作，且胆囊内存有结石。

4．内科治疗好转，短期内又有复发。手术方法 一般行胆总管切开探查、胆囊切除、"T"形管引流术。因病情重、高龄、肥胖等局部及全身条件不允许胆囊切除者，可行胆囊造瘘术。

（三）中医治疗：

1．肝胆气郁：右上腹间歇性闷痛、窜痛或绞痛，有时向右肩背部放射，右上腹有局限性压痛，口苦，纳差，食少腹胀，厌油，苔薄白或微黄，脉弦细或弦紧。此型包括胆绞痛及急性单纯性胆囊炎。治法：疏肝利胆，缓

急止痛。方药：清胆行气汤[柴胡、黄芩、半夏、枳壳、香附、郁金、元胡、木香各10g，杭芍15g，大黄(后下)10g]加减或大柴胡汤加减。

2. 肝胆湿热：右上腹持续性剧痛或绞痛，向右肩背部放射，右上腹肌紧张，压痛明显，口苦咽干，发冷发烧，身目发黄，尿少黄浊，大便秘结，舌红、苔黄腻，脉弦滑或弦数，此型相当于化脓性胆囊炎。治法：清利湿热，理气通下。方药：清胆利湿汤[柴胡、黄芩、半夏、木香、郁金、猪苓、泽泻各10g，茵陈30g，大黄(后下)15～30g]加减。

3. 肝胆脓毒：右上腹持续性剧痛，腹胀而满，拒按，寒颤高烧或寒热往来，身目黄染，甚或神昏谵语，四肢厥冷，舌红绛、苔黄燥，脉滑数或细数。此型相当于坏疽性胆囊炎、胆囊穿孔、胆汁性腹膜炎或合并中毒性休克。治法：清热泻火，解毒通下。方药：清热泻火汤[柴胡15～30g，黄芩15g，半夏、木香、郁金各10g，板蓝根30g，龙胆草10g，生大黄(后下)15～30g，芒硝(冲服)15～30g]加减。

(四)针灸治疗：

1. 针刺：取阳陵泉、胆囊穴(阳陵泉下3～5cm)、胆俞、中脘、足三里。绞痛配合谷；高热配曲池；恶心配内关。

2. 耳针：神门、交感、肝、胆、皮质下。

3. 电针：取右胆俞接阴极，右胆囊穴、日月、梁门或太冲接阳极。

4. 穴位注射：取胆俞、足三里、中脘、胆囊穴，每次选1～2穴，每穴注射当归液或红花液1ml，1～2次/d。

(五)单验方：

1. 柴胡30g，黄芩15g，大黄6～15g。加水煎至400～500ml，分3～4次服，1剂/d，重症2剂。

2. 茵陈30g，虎杖60g，大黄15g(后下)，水煎服，1剂/d。

胆道蛔虫症

胆道蛔虫症是蛔虫从小肠逆行进入胆道，引起胆管和Oddi括约肌疼挛，右上腹剧烈疼痛。是常见的急腹症之一。尤以农村多见，好发于青少年。

【诊断要点】

(一)发作性右上腹或剑突下绞痛或钻顶样剧痛，突起突止，反复发

作，间歇期如正常人。如持续不缓解，可致梗阻性化脓性胆管炎。

（二）体检：剑突下有轻压痛，无肌紧张。

（三）近期常有呕吐蛔虫或便虫史。

（四）辅助检查：

1．大便中可查到蛔虫卵。

2．纤维十二指肠镜检查，十二指肠内常有蛔虫，如乳头口见蛔虫体尾露出即可诊断。

3．B型超声检查：胆道蛔虫症的超声显像图像特点为：①蛔虫的长轴呈2条连续或断续的平行亮线，宽度为4～5mm；②蛔虫的短轴横断面为圆形，因其两侧有回声失落显示为2条平行的短线；③胆道内有多条蛔虫则显示为多对长短不等的短线或扭曲成团而模糊不清；④活体蛔虫可见到有蠕动、回缩等动作；⑤可显示胆囊肿大，胆总管扩张可达10～29mm。

【治疗】

（一）解痉、利胆、止痛：

1．抗胆碱能药物颠茄片8～16mg，3～4次/d，口服；阿托品0.5mg或山莨菪碱10mg肌注，3～4次/d。

2．吗啡应与抗胆碱能药合用。

3．硫酸镁有利胆作用，间接起到冲排胆道内蛔虫的作用，5～10g，3次/d，口服。

（二）驱虫：肠虫清（丙硫苯咪唑）2片，顿服；乐士200mg，1次/d，连服3日。

（三）抗感染：首选卡那霉素，其次选用链霉素加四环素、氨苄青霉素、庆大霉素、多粘菌素或头孢菌素等。

（四）纤维胃十二指肠镜紧急检查，如见乳头部露出蛔虫体尾可用圈套器或活检钳取出蛔虫。如超声证明整条蛔虫已钻入胆总管时，示可经内镜取出。

（五）手术治疗：若继发胆道感染不能控制、绞痛发作频繁或不缓解、梗阻性黄疸出现并有加重，可考虑手术探总胆管。取出虫体，并行"T"管引流。

（六）中医治疗：

1．肝胆郁滞：症同前述。汗出肢冷，伴恶心、呕吐，痛止 如常人，腹

软喜按。舌苔薄白、舌质可见虫点，脉弦紧或沉弦。治法：安蛔止痛。方药：乌梅丸。

2. 肝胆湿热：症同前述。伴发热或寒热往来，口苦咽干，肌肤发黄，小便黄短赤，苔白腻或黄腻，脉弦滑或弦数。治法：清热利湿，通里排虫。方药：茵陈大承气汤合安蛔汤。

3. 肝胆脓毒：症同前述。另伴高热，神志恍惚，脘腹痛重，腹皮硬、手不可近或可触及瘀块。甚则四肢厥冷，脉微欲绝。治法：清热燥湿，通下驱蛔。方药：茵陈大承气汤。

4. 肝胆气滞：无明显症状及体征，或有胃脘持续闷胀及钝痛，食后加重，恶心纳呆，脘腹部压之隐痛不适。治法：疏肝理气排虫。方药：胆道排蛔汤(木香、茵陈、郁金、苦楝皮、槟榔、枳壳、乌梅、黄芩、使君子、大黄)。

(七)针灸治疗：

1. 体针：取日月、巨阙、不容(右)、阳陵泉、丘墟、足三里。

2. 耳针：取肝、胆、十二指肠、神门。

3. 电针：胆俞(阴极)，中脘(阳极)。通电 30min，连续波。

4. 拔罐：在剑突下压痛区拔罐 30min，有止痛作用。

5. 穴位注射：取鸠尾、期门、日月、中脘、上脘、合谷、阳陵泉、足三里每次取 2～3 穴，用注射用水，每穴注入 0.5ml，1～2 次/min。

6. 贴敷：大黄、芒硝各 75g，冰片 25g，研末醋调，敷右上腹痛处。

(七)推拿疗法：以右手拇指紧贴于右季肋下，沿肋缘下推压到剑突下，然后沿腹白线向下推压 1 寸许，连续按摩 7～8 次。适用于儿童。

(八)单验方：

1. 陈醋 100ml，加花椒粉少许，加温吞服。

2. 槟榔、使君子、苦楝根皮、金钱草各 30g，乌梅 15g，川朴、枳壳各 10g，生军 10g(后下)，芒硝 10g(冲服)，水煎服。

3. 食用醋 100ml 或陈醋、麻油各 25ml，口服，必要时 4～6h 可重复使用。

急性胰腺炎

急性胰腺炎是胰腺酶自身消化胰腺引起的化学性炎症，是常见的消化系病急症之一。按病理组织学改变，分为水肿型和出血坏死型 2 种，前

者多见，占急性胰腺炎的90%，预后良好；后者虽少见，但病情危重，并发症多，病死率高。

【诊断要点】

（一）在饮酒或暴食后突然上腹或左上腹剧痛，为持续性或阵发性加剧，呈束带状向腰背部放射。早期常有恶心、呕吐、发热。重症可有黄疸、麻痹性肠梗阻、腹膜炎、手足搐搦症、休克及DIC等并发症。

（二）体征：

1. 水肿型：上腹有中度压痛，往往与主诉腹痛程度不相称，无肌紧张与反跳痛。

2. 出血坏死型：上腹压痛显著，有肌紧张与反跳痛，腹部膨隆，肠鸣音减弱。当形成胰腺假囊肿或周围炎性包块时，上腹部可触及包块，少数严重者可有腹水（常为渗出性或血性腹水），腹部两侧或脐部皮肤可出现瘀斑。

（三）实验室检查：

1. 血白细胞及中性粒细胞增多，核左移。

2. 血清淀粉酶：起病8h开始上升，48～72h后开始下降，持续3～5d。血淀粉酶超过180u/h（碘－淀粉比色法）有意义。

3. 尿淀粉酶：起病8～12h后升高，持续1～2周后恢复正常。碘－淀粉比色法尿淀粉酶超过1 200u/h即有意义。

4. 淀粉酶肌酐清除率比值：正常比值平均为3.1%，急性胰腺炎时增加2～3倍，而其他病引起的高淀粉酶血症则正常或低于正常。

5. 血清高铁白蛋白测定阳性，血糖增高，血钙降低等有助于出血坏死性胰腺炎的诊断。

6. 腹水或胸水淀粉酶均明显升高，血性腹水提示出血坏死性胰腺炎。

（四）X线见左上腹小肠积气及肠麻痹征象。B超与CT扫描可见胰腺普遍增大、光点增多、轮廓与边界不清等。

【治疗】

（一）抑制或减少胰液分泌：

1. 禁食和胃肠减压：水肿型需禁食1～3d，待腹痛、呕吐基本消失后方可进食。可给米汤、稀饭、挂面等不含蛋白质和脂肪的食物。重症者还

需胃肠减压。

2. 禁食者每日输液 2 000～3 000ml, 10% 氯化钾 30～40ml, 适当补钙及热量。重症或病程长者应全胃肠道外营养疗法。有休克者在测定中心静脉压、血细胞压积、每小时尿量的监护下, 每日补液量 2 000～5 000ml(甚至 8 000ml), 包括血浆、全血、人体白蛋白、氨基酸、电解质溶液等, 并纠正酸碱失衡及电解质紊乱。

3. 解痉镇痛及抑制胰液分泌, 阿托品 0.5mg, 肌注, 4 次/d, 不能缓解者可与哌替啶合用, 或普鲁卡因 0.5～1.0g 溶于生理盐水 500～1 000ml 中静滴。强痛定, H_2 受体阻断剂亦可选用。

(二)抑制胰酶活性:仅适用于出血坏死型胰腺炎的早期(发病后 1～2d 内)。

1. 抑肽酶(trasylol)10 万～20 万 u, 2 次/d, 静滴。

2. 爱普尔(Iniprol)2 万～4 万 u, 2 次/d, 静滴。

3. CCP－choline 100～500mg/d, 静滴。

(三)抗生素:应用于胆道疾病引起的胰腺炎与出血坏死型患者, 如青霉素、链霉素、庆大霉素、氨苄青霉素与头孢菌素等, 可根据病情选用。

(四)肾上腺糖皮质激素:仅在出血坏死型胰腺炎伴休克或急性呼吸窘迫综合征时短期使用。氢化可的松 200～300mg 或地塞米松 10～20mg, 1 次/d, 静脉滴注, 连用 2～3d。

(五)腹膜灌洗:重症患者合并腹膜炎者, 可在起病后 2～3d 内用等渗液, 加入抑肽酶进行腹膜灌洗。

(六)外科手术:适于重症出血坏死型胰腺炎内科治疗无效, 且诊断未明疑有腹腔脏器穿孔或肠坏死者, 或伴有胆道梗阻、胰腺脓肿、假性囊肿者。

(七)中医治疗:

1. 肝气郁滞:突发上腹疼痛或串痛, 掣引腰背, 恶心, 呕吐, 舌苔薄白或薄黄, 脉弦细数。相当于轻型水肿性胰腺炎。治法:疏肝理气。方药:大柴胡汤合大陷胸汤加减或用天津清胰汤 I 号[柴胡 15g, 黄芩、水香、胡黄连、元胡各 10g, 杭芍 15g, 大黄 15g(后下), 芒硝 10g(冲服)]。

2. 脾胃实热, 上腹剧痛如刀割, 拒按, 发热, 口渴, 呕吐频作, 便干, 尿短赤, 舌红、苔黄腻或黄燥, 脉洪数。相当于重型水肿性及轻型出血坏死

性胰腺炎。治法：清热解毒，通里攻下。方药：大承气汤加减或用遵义清胰汤Ⅱ号[栀子、丹皮各15g，赤芍24g，木香、厚朴、元胡各15g，大黄24g（后下），芒硝10g（冲服）]加减。

3. 肝胆湿热：上腹或两胁胀痛，拒按，多有黄疸，呕吐胆汁，尿短赤，舌红、苔黄腻，脉滑或弦数。多为合并有胆道疾病的急性胰腺炎。治法：疏肝理气，清热利湿。方药：可选用天津清胰汤Ⅰ号（方同前）或遵义清胰汤Ⅰ号（龙胆草、木香、元胡各15g，白芍24g，大黄24g后下）加减。湿重者，加苍术、薏苡仁；热重者加黄芩、板蓝根；有黄疸者，加金钱草、郁金；小便短赤者，加车前草、猪苓。

4. 蛔虫上扰：持续性腹痛，阵阵而发，似钻上顶，痛时汗出肢冷，痛后如常人，可有吐蛔，舌红、苔白或微黄而腻，脉弦紧或弦细。治法：理气安蛔，通下止痛。方药：大柴胡汤（元胡、槟榔、苦楝根皮）。热重者，加金银花、连翘；腹胀满者，加木香、厚朴。

（八）针灸治疗：

1. 体针：足三里、下巨虚、阳陵泉、内关、地机、阿是穴（下巨虚与地机之间压痛点或腹部胰腺压痛点）。肝郁气滞两胁胀痛者加支沟、太冲；脾胃实热加中脘、曲池；肝胆湿热加阴陵泉、建里；发热加合谷、曲池；疼痛甚者加上脘、中脘、肝俞、胆俞。宜用泻法。

2. 拔罐：取大椎、肝俞、脾俞及至阳、胆俞、胃俞。每次取1组，1～2次/d，均先针刺后拔吸，留罐5～10min。

3. 耳针：取胰胆区、大肠、小肠、交感、神门、胰腺点。

4. 穴位注射：取足三里、下巨虚、肝俞。腹痛加地机，呕吐加内关、中脘。方法：用10%葡萄糖注射液10ml加阿托品1ml，一般每穴注入5ml。应快速推药，务使感应强烈。

（九）单验方：生大黄60g，水煎服，每1～2h服1次，3～5次/d，直至排便5～10次，腹痛减轻后方可逐渐减量。

（十）灌肠疗法：用柴胡12g，厚朴、炒枳实各10g，白芍、川楝子、元胡各15g，生大黄、芒硝各30g（均后下），黄芩12g，黄连6g，甘草3g。水煎取药汁400ml，每次200ml，缓缓推入结肠下段，每6h 1次。适用于急性出血坏死型。

（十一）饮食治疗要点：

1. 为了抑制胰液分泌及防止胃肠胀气，应禁止一切饮食，营养液可由肠道外给予。

2. 急性发作后，可给予高碳水化合物流质饮食，如果汁、稀藕粉、浓米汤等。

3. 绝对禁食任何肉汤或牛奶、豆浆等含脂肪的食物。

4. 每日可分为5～6餐，每餐只给1～2样食品。

5. 病愈后绝对禁止饮酒，脂肪摄入量每日不超过50g。

慢性胰腺炎

慢性胰腺炎是指胰腺腺泡、胰管慢性进行性炎症、破坏和纤维化的病程过程。多因胆道疾病或慢性酒精中毒引起，是在已有胰腺损伤的基础上反复发作或由胰腺炎持续演变而来。有慢性复发性和慢性持续性胰腺炎2种类型。

【诊断要点】

(一)有长期酗酒、重症营养不良、慢性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫、糖尿病及反复急性胰腺炎发作史。

(二)反复发作的上腹剧痛，向腰背部放射，进食后加重，前倾时减轻。发作间歇自数天到数年不一。

(三)少数无腹痛史，可有脂肪泻、营养不良、黄疸、呕吐、呕血和黑便，上腹部偶可触及包块。

(四)辅助检查：

1. 血、尿淀粉酶、脂肪酶急性发作期增高。

2. 胰功能试验或胰泌素试验提示外分泌功能降低，血清胆囊收缩素-胰酶泌素明显增高(正常为60mg/L)。

3. 粪便可见脂肪滴及未消化的肌纤维。

4. X线平片胰腺区可见钙化影。

5. B超、CT、MRI显示胰腺局限性增大、萎缩、胰管扩张，有钙化或结石影、假性囊肿。

6. 十二指肠逆行胰胆管造影(ERCP)，可见迂曲、狭窄与扩张相间的胰管及囊状分支。

【治疗】

(一)饮食：禁酒与脂肪，清淡饮食，限制蛋白质，但进食后无腹痛者可适当放宽。无急性发作时给予高热量、高蛋白、高糖、低脂肪饮食。

(二)大剂量胰酶疗法：胰酶片3～5g，3次/d，餐后服。强力胰酶制剂1～2g，3次/d，餐后服。腹泻者给予钙片，维生素A、维生素D、维生素K、叶酸和维生素B_{12}等。

(三)腹痛可用抗胆碱能药物、阿斯匹林等，避免用可待因、吗啡类。

(四)合并糖尿病者必要时可给小剂量胰岛素治疗。

(五)手术治疗：内科治疗无效，出现假性囊肿、梗阻性黄疸或疑为胰腺癌者。

(六)中医治疗：

1. 肝胃湿热：脘腹胀满，阵阵作痛，嗳气频作或干呕，发热，口苦咽干，心烦，大便秘结，小便短赤，舌苔薄白，脉弦。治法：疏肝理气，清热通便。方药：清胰汤。若肝胃热盛，腹满痛拒按，痞塞不通，大便燥结，舌苔黄腻，脉滑数者，以通腑泄热为主，方用清胰汤合大承气汤。

2. 肝胆湿热：脘胁疼痛，发热、黄疸，口干苦，舌苔黄腻，脉弦滑或数。治法：清利肝胆湿热。方药：龙胆泻肝汤去泽泻、车前子，加茵陈、生大黄(后下)、广木香、元胡、白芍。

(七)针灸治疗：

1. 针刺：取穴同急性胰腺炎，但宜用补法。选穴以2～3个为宜。

2. 灸法：取足三里、期门、阳陵泉、丘墟。肝气郁结加太冲；脾胃实热加中脘、曲池、内庭；湿热者加阴陵泉、建里；恶心、呕吐者加内关、中脘。方法：每次3～5穴，每日灸2次，每次用艾炷3～5壮，或用艾条悬灸。

3. 穴位注射：取穴同急性胰腺炎，但非发作期可用黄芪注射液或当归注射液注入俞穴，每穴注2ml。

(八)推拿疗法：

1. 气滞血瘀：横摩腹直肌，揉按上腹，点按气冲，提拿脊背，点按足三里。

2. 虚寒：团摩脐周，揉按腹中，提拿腹肌，推挤背部，点按足三里。

(九)单验方：白芍30g、甘草6g、半夏12g、茯苓15g、生姜3g、大枣3枚，水煎服，早晚各服1次。

(十)饮食治疗要点：

1. 病情严重时，采用高碳水化合物，低脂肪的半流质饮食。不采用对胃肠道有刺激性的食物。

2. 限制脂肪摄入量，每日不应超过50g。

3. 给予大量维生素C，每日300mg。

4. 采用少量多餐的饮食制度。

第四节　泌尿系统疾病

急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎，绝大多数由急性链球菌感染后，通过免疫反应引起肾小球炎症。可由细菌、病毒、原虫、寄生虫等引起。临床表现为急性起病，以血尿、高血压、浮肿、少尿为特点，好发生于青少年。

【诊断要点】

(一)1～3周前有链球菌感染史，偶尔也发生于肺炎球菌、葡萄球菌、病毒等感染之后。

(二)轻时，可仅有晨起颜面水肿，严重时可有双下肢及全身水肿。也可同时伴有咽炎、扁桃体炎，儿童常见皮肤脓疱疮或猩红热。

(三)可有腰痛、低热，以及肋脊角压痛、叩击痛。

(四)可有高血压，但一般为中等度升高，尿量增加后即下降。少数可明显升高，导致心衰和高血压脑病。

(五)辅助检查：

1. 有镜下或肉眼血尿，尿化验可有蛋白(+～++++)，可有各种管型，尤以红细胞管型较常见。尿纤维蛋白降解产物(FDP)升高。

2. 血沉可增快。咽拭子培养可有溶血性链球菌生长，血清抗链"O"滴定度升高。

3. 血清总补体活力CH_{50}和补体C_3下降。

4. 少尿时间长于1周者，可有一过性肾小球滤过功能下降，轻度氮质血症和代谢性酸中毒，在利尿数日后可恢复正常。仅有极少数呈严重

肾小球滤过功能损害，发生尿毒症、高血钾。

5. 无贫血、低张尿、酚红排泄率下降，以及X光照片和B超示肾脏缩小等影像。

【治疗】

（一）急性期应卧床休息2～3周，直到肉眼血尿消失、水肿消退、血压恢复正常后，逐步增加活动。如有心衰、氮质血症则应延长休息时间。

（二）急性期应进低盐（每日1～3g），低蛋白（每日0.5g/kg体重精蛋白）、高维生素饮食。严重少尿有血容量增高者应限液体入量，量出定入（通常以显性失水＋非显性失水500～800ml－内生水为入液总量）。

（三）清除感染灶：可用青霉素80万u，3次/d，肌注；或四环素、红霉素或洁霉素0.5g，3～4次/d，口服；麦白霉素0.2～0.4g，3次/d，口服。感染严重时可用青霉素、红霉素、洁霉素针剂静滴。有的感染灶比较隐蔽，故一般主张一律应用上述抗生素10～14d。或选用中药清热解毒治疗。

（四）对症处理：通过利尿达到消肿、降压，预防心脑合并症的目的。常用双氢克尿塞25～50mg，3次/d，口服；必要时可用速尿60～120mg，分次口服或注射。少数用利尿剂效果不满意，降压不理想的可加用钙通道阻滞剂，如硝苯啶10mg，3次/d，口服；或血管扩张剂肼苯达嗪25～50mg，3次/d，口服；或巯甲丙脯酸25～50mg，3次/d，口服。有惊厥者，用镇静剂，如10%水化氯醛20ml灌肠；鲁米那0.1～0.2g，肌注。

（五）近年来研究证实在肾炎疾病过程中存在高凝状态，故临床常用潘生丁25～50mg，3次/d，口服；复方丹参片口服；肌苷片、ATP片、维生素E胶丸适量口服；有益病变的恢复。

（六）如经一般治疗效果不佳，发生少尿性急性肾衰，尤其存在高血钾（血清钾≥6.5mmol/L）；或者严重水钠潴留，引起急性左心衰、肺水肿者，应及时行透析治疗。一般预后良好。

（七）中医治疗：

1. 风水泛滥：始见睑面浮肿，继见全身浮肿，尿少色黄赤，常伴恶寒，发热及咽痛，苔薄白，脉浮数。治法：散风解表，宣肺行水。方药：越婢加术汤加茯苓、茅根、连翘、鱼腥草、地龙。血压高加白菊、黄芩、车前子、夏枯草；水肿甚加赤小豆、泽泻。

2. 湿热壅盛：头面四肢或全身浮肿，肤色光亮，胸腹闷胀、烦热口渴，尿少，舌红，苔黄滑，脉滑数。治法：分利湿热，解毒凉血。方剂：小蓟饮子合泻心汤加茅根、赤小豆、泽泻，减当归。

3. 湿盛困脾：全身水肿，按之没指，尿少，倦怠，纳呆，苔白腻，脉沉缓。治法：通阳利水，健脾和胃。方药：胃苓汤合五皮饮加益母草。恶风寒加苏叶、防风。

（八）针灸治疗：

1. 体针：甲组：肝俞、脾俞、肾俞、志室、飞扬、太溪。乙组：膻中、鸠尾、中脘、气海、三阴交、复溜。2组交替使用。

2. 耳针：肾、脾、膀胱、交感、肾上腺、内分泌。

3. 七星针：用七星针自上而下叩打背部膀胱经，以红晕为度。

4. 水针：主穴：京门、膀胱俞；配穴：水道、足三里、复溜。每次选主穴、配穴各1个，用5%当归注射液，每穴注入0.5ml。

5. 拔罐：取肾俞、三焦俞、大肠俞、胃俞、章门、志室、天枢、关元、三阴交。

急骤进展性肾小球肾炎

急骤进展性肾小球肾炎简称急进性肾炎，是指一组以急性肾炎综合征为临床表现，但呈进行性少尿性肾功能衰竭；以肾小球囊内大量新月体形成为特征的肾小球疾病。

【诊断要点】

（一）起病急、发展快、一般病程为1－2年，预后差。

（二）多见于中青年男性，女性较少见。

（三）发病3－6个月，即可发生少尿、无尿。

（四）水肿以颜面为主，亦可呈全身水肿，血压往往呈中度升高。乏力、消化道症状、腰背及周身痛等较一般症状明显。

（五）辅助检查：

1. 尿检有中等量蛋白尿、大量红细胞及各种管型尿。

2. 血中补体成分下降，血清球蛋白有时增高，以及进行性贫血。

3. 肾小球滤过率很快下降，在3个月下降50%以上，血肌酐和尿素氮升高，常伴有肾小管功能损害。

4. B型超声、X线平片、静脉肾盂造影、CT扫描可示双肾轮廓增大。肾影缩小可排除本病。

5. 肾活检可见新月体形成>50%。

【治疗】

(一)一经确诊,采取积极措施治疗。

(二)大剂量激素短程疗法:一般剂量的皮质激素及细胞毒药物对本病治疗无效。可用甲基强的松龙0.5~1g/d,3d为1疗程。间歇1周再用,最多可用3疗程。间歇期口服强的松30~60mg/d。共用3~6个月,渐撤药。要注意冲击过程中激素的副作用,以及引起的急性水钠潴留导致的高血压、左心衰。

(三)四联疗法:强的松40~60mg/d,用3个月,环磷酰胺每日2~3mg/kg体重,肝素0.5万~1万u/d,1个月后改为华法令,均以维持延长凝血时间2倍为准。潘生丁400~600mg/d,一般用3月至1年为宜。应密切观察出血,临床应用要慎重。一般认为尿量>400ml/d或>30ml/min者示为反应好。

(四)如发生肾衰可根据情况选用结肠透析、腹膜透析、血液净化等治疗;必要时可行肾移植。

慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎是由多种原发性肾小球疾病引起的症状相似的一组病。以蛋白尿、血尿、水肿、高血压为主要临床表现。多见于成人,起病缓慢,病程为一至数十年。病程中肾功能逐渐下降,终至尿毒症。但病理过程从几年到几十年,这一方面取决于病变本身的转归,也取决于医生的及早诊断和合理治疗。

【诊断要点】

(一)大多数潜隐发病,少数由急性肾小球肾炎迁延而来。

(二)由于肾脏对水的负荷能力差,可有轻度以及全身水肿,有时水肿间断出现,个别患者可始终无水肿。

(三)可有持续及波动性血压升高,以舒张压为主。程度差异很大,但迟早会发生。严重时可有慢性肾炎眼底改变:视网膜动脉变细、迂曲、反光增强,动静脉交叉压迹及絮状渗出。

(四)由于免疫功能低下、代谢紊乱、营养缺乏常并有感染;由于高血压、贫血、动脉硬化,常并发心脏病。

(五)辅助检查:

1.必有尿异常。常为镜下血尿,急性发作期可有肉眼血尿,蛋白尿为+~++++,多为非选择性蛋白尿。可有各种细胞及管型。晚期可有宽大粗糙的肾衰管型,部分呈肾病综合征尿改变,尿蛋白可达3.5g/24h(尿蛋白定量)。

2.由于肾脏促红素下降,可有轻中度贫血,晚期可有严重贫血,病因多而复杂。

3.严重时可有各种电解质紊乱,如低钠或高钠、低钾或高钾、低钙及高磷以及代谢性酸中毒等。

(六)肾功能检查:肾小球滤过率下降,血肌酐及血尿素氮可升高。多数就诊时已有内生肌酐清除率下降,当内生肌酐清除率>50%时,血尿素氮可正常,当<50%时,血尿素氮即升高。晚期出现低张尿,24h各次尿相对密度均小于1.020,酚红排泄率下降。

(七)排除其他引起肾小球疾病的原发病,如系统性狼疮肾炎、糖尿病肾病、肾淀粉样变性、过敏性紫癜肾病等。并注意和慢性肾盂肾炎、高血压肾损害相鉴别,急性发作型还需与急性肾炎相区别。

[附]慢性肾炎的分型诊断(1985年全国肾脏病会议分型)

1.慢性肾炎普通型:病程迁延,尿蛋白定性为+~++++,定量为1.5~3.5g/24h,轻度水肿、中等度血压增高,离心尿红细胞>10个/HP,可有管型尿、肾功能损害。

2.慢性肾炎高血压型:除普通型表现外,以持续中等度以上高血压为主要表现,血压可达21.3/14.7kPa,可伴有心、脑、眼底改变。

3.慢性肾炎急性发作型:在慢性肾炎过程中,因劳累、着凉、感染等诱因,出现肾炎综合征加重。如为感染引起者,在感染后1~3d内即有急性发作,一般不大于1周(急性链球菌感染后肾炎在感染后10~14d发病)。

[治疗]

(一)休息:水肿明显、血压高、肾功能损害宜卧床休息。症状好转,可适当活动。还要预防感染、避免着凉,免用损害肾脏的药物。

(二)饮食:低盐、低蛋白(每日 0.5～0.8g/kg 体重)为宜,以富含必需氨基酸的动物蛋白为主。

(三)普通型:以中医中药为主。对中药效果不佳者可应用激素和免疫抑制剂,常用强的松、环磷酰胺(具体用药剂量参考有关章节)。也有用消炎痛、氯喹、海群生联合使用,对控制蛋白尿有一定作用。也可试用雷公藤多甙片 20mg,3 次/d,口服。病情好转后以 10mg/d 维持一段时间停药。

(四)高血压型:经限水、限盐及使用利尿剂一般血压可下降。中度高血压可选用利血平 0.25mg,3 次/d,口服;心得安 10～20mg,3 次/d,口服;倍他乐克 25～100mg,3 次/d,口服;消心痛 5～20mg,3 次/d,口服;对于较顽固的高血压,在基础治疗基础上加用甲基多巴 0.25g,3 次/d,或巯甲丙脯酸 25～50mg,3 次/d,均为口服。如仍无效,可增大剂量。但要注意降压不可过快、过低,以控制在 20.0/13.0kPa 为宜,以防肾血流急骤下降,加重肾损害。

(五)慢性肾炎与凝血机制有一定关联,尿中纤维蛋白降解产物(FDP)增高者,可选用抗凝剂:潘生丁 25～50mg,3 次/d,口服。尿激酶 5 000～10 000u 加入生理盐水 200ml 中静滴,1 次/d,连用 10～14 天;也可用华法令,剂量视病情定。还可选用活血化瘀中药:丹参片 3～4 片,3 次/d,口服。川芎嗪 80～160mg 加入葡萄糖液 500ml 中静滴,连用 7～14d;或用中药红花煎剂口服。抗氧化剂维生素 E 有助于减少自由基、脂质过氧化损伤,常用 5～10mg,3 次/d,口服。但在应用抗凝药物时,要注意排除出血性疾病。

(六)在治疗过程中如出现细胞免疫功能低下,反复感染,尤其是真菌和病毒感染,应减少免疫抑制剂用量并加用免疫增强剂。常用左旋咪唑 150mg,1 次/d,每周服 3d 停 4d,连用 3～4 周;或用转移因子、胸腺素,剂量视病情而定。

(七)中医治疗:

1. 脾虚邪恋:面色萎黄,面及四肢轻度浮肿,身倦无力,纳呆食少,便溏,舌淡、苔薄白,脉沉弱。治法:健脾益气。方药:黄芪建中汤加葫芦巴。

2. 脾肾阳虚:面色不华,精神萎靡,形寒肢冷,全身浮肿,腰膝酸软,便溏尿少,舌淡胖有齿痕、苔白滑,脉沉细。治法:温阳利水。方药:实脾

饮加减。

3. 阴虚阳亢：水肿渐消，面热潮红，心烦失眠，腰膝酸痛，舌红、少津，脉弦细。治法：滋阴潜阳。方药：地黄饮子加减。

(八)针灸治疗：

1. 体针：肾俞、脾俞、太溪、足三里、三阴交、气海、水分。

2. 灸法：取脾俞、肾俞、三焦俞、肓俞、气海、关元、水分、阴陵泉、大椎、命门。每次选3～5穴，用艾条灸或艾炷灸。

3. 七星针：用七星针自上而下叩打腰、骶、下腹部、大腿内侧。

4. 水针：肾俞、三焦俞。每次取一侧穴位，两侧交替使用，用促肾上腺皮质激素(ACTH)10u，每穴注入2u，1次/d，10次为1疗程。

(九)推拿疗法：患者坐位，医者用双手拇指点脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、小肠俞。嘱患者仰卧位，施用推脾运胃法，点按关元、气海、三阴交、水道、中极；施用点三焦开四门法；施用提拿足三阳法，点按足三里。

(十)气功疗法：清晨(3～5时)进行练功。面南背北站立，排除杂念，意守肾脏部位，以补肾水，吸气后闭息存气片刻，以生火热。同时，转动颈部做吞咽动作，如同咽很硬的食物一样地操作，使气达下焦肾宅，然后呼气。如此操作7遍，以应火行数术。最后将口腔内的津液，分多次咽下，以补阴津。本法缓补肾阴肾阳，故可治慢性肾炎。

(十一)单验方：

1. 鲜茅根150g，适于水肿消退后，尿中仍有红细胞者。

2. 椿根皮、黄芪各15g，金樱子12g，水煎服。适用于蛋白尿不消者。

(十二)饮食疗法：

1. 黄芪、炒糯米各30g，赤小豆、薏苡仁各28g，陈皮6g。先煎黄芪、陈皮，去渣，再放入余药煮成稀粥，常服。适用于恢复期。

2. 黑大豆30g，生、熟薏苡仁各20g，赤小豆15g，荷叶6g，水1 000ml，煮极熟，任意食豆饮汁。适用于蛋白尿长期不消者。

肾病综合征

肾病综合征本身不是一个疾病，而是由于原发和继发于肾脏疾病引起的一组症候群。原发于肾小球疾病的肾病综合征又分Ⅰ型和Ⅱ型。

【诊断要点】

(一)具备以下三高一低：

1. 大量蛋白尿：尿蛋白＞3.5g/24h。

2. 高度水肿。

3. 高脂血症(胆固醇)＞7.77/L(300mg/dl)；β脂蛋白和甘油三酯亦升高。

4. 血浆白蛋白＜30g/L。即可诊断为肾病综合征。

以上1项和4项为必备条件。

(二)凡符合上述三高一低，且无持续性高血压、无持续性血尿、无贫血及肾功损、尿蛋白常为高度选择性、FDP和C_3正常者，可诊为原发性肾病综合征Ⅰ型。临床多见于儿童微小病变型肾病。如符合以上三高一低，但有持续性高血压、血尿、肾功损和贫血者可诊为肾病综合征Ⅱ型。本型FDP和C_3常超过正常，蛋白尿为非选择性，临床常见于成人，常为膜性肾病。

(三)继发于其他疾病引起者，如系统性红斑狼疮肾病、糖尿病肾病、肾淀粉样变性以及多发性骨髓瘤等引起的均为继发性肾病综合征。

【治疗】

治疗原则为消除水肿、控制蛋白尿、预防感染、治疗原发病。

(一)注意休息、加强营养，给予高热量、高蛋白、高维生素、低盐饮食。预防着凉、感染等诱发因素。

(二)利尿水肿严重，并有心衰、肺水肿者可给予相应的对症处理。可选用双氢克尿塞、速尿、丁尿胺等。利尿药剂量以掌握在使体重每天减轻1.0～1.5kg为宜。低蛋白血症严重者可先给予白蛋白以提高胶体渗透压，利尿才有效。利尿期间需同时注意电解质平衡。

(三)糖皮质激素用于临床治疗肾病已30余年历史，效果满意，应列为首选，具体用法如下：

1. 首先排除皮质激素禁忌证，如肺结核、高血压、溃疡病、糖尿病等。

2. 用药原则为剂量要足、疗程要长、减药和停药要慢。一般开始治疗时用强的松每日1～2mg/kg体重(地塞米松每日0.125～0.25mg/kg体重)，应用到临床症状消失、尿蛋白连续3次转阴后维持1～2周，然后每周递减5mg(地塞米松每周递减0.75mg)。当减至强的松每日总量

20mg 时维持 1～2 个月，再渐停药。减药过程中如尿蛋白反复，可随时根据病情增加剂量。全日用量可 1 次清晨顿服或分 3 次口服。一般常用强的松，强的松效果不好时可用地塞米松代替，因后者对下丘脑－垂体－肾上腺皮质轴抑制作用强，不宜久用。

（四）对于激素无效者，可联用细胞毒类药物，有协同作用。当前国内外应用较广的药物为环磷酰胺，剂量为 100～200mg/d，分次口服；或 200mg 每日或隔日静脉注射，总量 6～8g。副作用可有出血性膀胱炎、肝损害、骨髓抑制等，如发生可随时停药；或用噻替哌 10mg，隔日肌注，10～20d 为 1 疗程；硫性嘌呤每日 2mg/kg 体重，分 3 次/d，口服，多与强的松合用，疗程 6～12 个月。

（五）因低蛋白血症和应用皮质激素抵抗力差，发生肺、泌尿系、皮肤、腹膜等感染者，可给予相应的抗菌药物。也可给予补充复方氨基酸、人血白蛋白等。

（六）中医治疗：

1．脾肾阳虚，浊阴内停：面色㿠白，皮肤蜡样，全身水肿，按之没指，形寒肢冷，腰膝酸软，胸闷腹胀，恶心，呕吐，便溏尿少，舌淡胖、苔白滑，脉沉细。治法：温阳利水。方药：真武汤加法半夏、泽泻、益母草、陈皮、五加皮、丹参。

2．肾阳衰微，真阴亏损：面浮肿，色萎黄，心悸气短，腰膝酸软，四肢温、反复感冒，口干，尿少，舌淡、尖红干、苔薄白，脉沉数无力。治法：温肾阳，补肾阴。方药：右归丸合玉屏风散。

3．气滞血瘀，脉络受阻：面色晦黯，全身浮肿，下肢尤甚，腹胀满，尿浑浊，大便色黑，舌紫、苔薄白，脉细涩。治法：活血化瘀，补益肾气。方药：血府逐瘀汤加益母草、黄芪、熟地、山楂。

（七）针灸治疗：参见慢性肾小球肾炎。

（八）单验方：雷公藤生药 15g，1 次/d，或提取物 60mg/d，与激素合用，可消尿蛋白。

（九）饮食疗法：

1．猪腰 1 对，杜仲、核桃肉各 30g，一同炖熟食之。适用于阴阳两虚者。

2．羊肉 60g、粳米 50g、生地黄汁 30g、肉桂末 3g，先用水煮米及羊肉，

将熟时加生地汁及肉桂末，粥成即可服之。适用于阴阳两虚者。

3. 鲤鱼1条(250g左右)，赤小豆50g，煮熟后食用，不加食盐。适用于水肿明显者。

IgA 肾 病

本病是一种免疫复合物介导的全身性疾病。发病与注射疫苗、呼吸道及肠道感染后，病变上皮细胞的免疫反应分泌的IgA有关。以单纯性发作性血尿为突出表现。

[诊断要点]

(一)好发于儿童和青年，男性多见。常在感染后数小时至数天发病，时间持续1～2d，以单纯性血尿为主要表现，伴少量蛋白尿。

(二)全身症状可轻可重。可有全身不适、肌肉疼痛和肾区疼痛。有时出现轻度尿频。其中20%患者伴水肿，高血压呈典型的急性肾炎综合征表现，10%的患者可有肾病综合征表现。

(三)尿检以变形红细胞为主，轻者红细胞呈草莓状，重者呈多种形态，严重变形。血清IgA水平呈一过性上升。血清IgA＞4 000mg/L有诊断意义。

(四)肾活检肾小球系膜区有弥漫的IgA沉着，沉着物中通常还伴有IgG及C_3。

[治疗]

(一)积极控制诱发因素，针对不同病情对症处理。

(二)以肾病综合征为主要表现的IgA肾病，可用激素治疗，一般疗效良好。

(三)苯妥英钠可降低血中IgA水平，但无改善肾脏病变的作用。茜草双酯有减轻或消除血尿的作用，可以试用。

(四)有高血压者，积极控制血压并给予高质量低蛋白、低磷饮食以防肾小球硬化的发展。

肾小管酸中毒

肾小管酸中毒是一类以肾小管酸化功能障碍为主的综合征。具高血氯性代谢性酸中毒的特点，虽有酸中毒而尿却呈碱性或弱酸性，肾小球功

能基本正常。典型的肾小管酸中毒(RTA)有家族史,表现为烦渴、多尿、儿童生长发育迟缓,有或无骨质改变或活动性佝偻病、肾绞痛、血尿、泌尿道症状。由于临床表现多种多样,又有散发病例,很易误诊,往往易误诊为内分泌病、低血钾症、神经系统疾患,儿童易误诊为佝偻病,须引起注意。本症较肾小球疾病少见,如能早期诊治,近端型肾小管酸中毒(Ⅱ型)可痊愈,远端型(Ⅰ型)亦可获得满意疗效。

[诊断要点]

(一)本病多数是常染色体显性遗传病,亦可继发于肝豆状核变性,胆汁性肝硬化,胱氨酸积贮症,汞、镉中毒,慢性肾盂肾炎等。

(二)多有肌无力、软瘫,有不易解释的全身乏力、骨痛、骨质疏松、多发性尿路结石、代谢性酸中毒、电解质紊乱,而尿 pH 仍在 6 以上。

(三)本症可分 4 型:

Ⅰ型(远端肾小管酸中毒):除代谢性酸中毒外,有多尿、烦渴、肌无力、发作性软瘫及尿路结石,全身骨痛、骨质疏松、骨软化,易发生高血氯、低血钾、低血钠、低血钙。氯化铵试验尿 pH 不能降到 5.5 以下。易误诊为类风湿性关节炎、重症肌无力、尿路结石,应予注意。

Ⅱ型(近端肾小管酸中毒):多为遗传性,是由于近端肾小管重吸收碳酸氢盐的功能有缺陷。特点是尿中排出的碳酸氢盐占肾小球滤过量的 15% 以上(正常是 100% 被重吸收)。本型酸中毒有自限性,一般为轻中度,尿路结石少。氯化铵试验尿 pH 可降至 5.5 以下。如果近端肾小管除有重吸收碳酸氢盐缺陷外,尚有重吸收葡萄糖、氨基酸、磷酸盐缺陷,则属于范可尼综合征范畴。

Ⅲ型:远端和近端肾小管均有功能障碍,临床表现可轻可重,随肾小管功能障碍而定,与Ⅱ型的差别是尿中排出的碳酸氢盐占肾小球滤过量的 3%～10%。

Ⅳ型:既有代谢性酸中毒,又有较严重的高血钾,并可有肾上腺皮质功能低下和轻度氮质血症。

(四)辅助检查:

1. 尿常规检查多无明显异常,尿 pH>6.0,但Ⅱ型轻症者可<6.0,尿中钾、钠、钙、磷及尿酸均增高,可滴定酸减少,枸橼酸排出量减少。

2. 血 pH 及 SB(标准碳酸氢)降低,氯化物及碱性磷酸酶升高,血钾、

钠、钙、磷、尿酸均可降低，唯Ⅳ型血钾可升高。

3．血尿素氮、血肌酐一般无明显升高，严重时虽有升高，但不及酸中毒程度明显。

4．肾小管功能试验。

(1)氯化铵试验：成人口服氯化铵6g(100mg/kg体重，分次口服)1～3d，使血浆二氧化碳结合力降至20mmol/L以下后，如尿PH仍不能下降至5.5，就可确定为远端肾小管酸中毒。另有8h法：即1次内服氯化铵0.19g/kg体重，服药后3h到8h收集尿液，1次/h，测定尿的pH值。如果各次尿液pH值均大于5.5，可诊断远曲小管酸中毒。

(2)碳酸氢离子重吸收排泄试验：

1)口服法：口服碳酸氢钠每日剂量为10mmol/kg体重，直到酸中毒被纠正，然后测定血浆和尿液的碳酸氢离子与肌酐含量，按下列公式计算出碳酸氢离子的排泄分数：

$$\text{排泄分数}=\frac{\text{尿的碳酸氢离子含量}\times\text{血浆肌酐含量}}{\text{血浆碳酸氢离子含量}\times\text{尿肌酐含量}}$$

2)静脉注射法：以4ml/min匀速注射5% $NaHCO_3$ 500ml，每60min收集尿1次，并同时抽血，测定血浆和尿的肌酐与 HCO_3^- 含量，计算其排泄分数。

碳酸氢离子的排泄分数的含义，是尿内碳酸氢离子排泄量占其滤过总量的比率。正常人尿中无碳酸氢离子，其排泄分数应为零。如排泄分数大于15%，可诊为近曲小管性酸中毒，小于5%者为远曲小管性酸中毒。在10%者诊为Ⅲ型肾小管酸中毒。

【治疗】

(一)去除病因：如肾小管酸中毒是继发于其他疾病者，应对原发病进行积极治疗。

(二)纠正酸中毒：

1．较轻者可口服碳酸氢钠1～3g，3次/d。

2．如为Ⅱ型则碳酸氢钠量需较大，通常成人常需用至20g/d，但应分次缓慢补充，不宜过急。酸中毒严重者，可静脉补充。

3．常需根据机体酸中毒情况长期间歇给药，常用复方枸橼酸钠(枸橼酸钠9.8g、枸橼酸14g，加水100ml，50～100ml/d，分次口服)。对有低

血钾者可间歇服用枸橼酸钾钠合剂(枸橼酸钾 100g,枸橼酸钠 150g,加水 900ml,3～4 次/d,每次 15ml)。

(三)纠正水、电解质紊乱:

1. 肾小管酸中毒患者一般均兼有低血钾、低血钙,因此在纠正酸中毒时,必须同时补钾和钙,否则纠正酸中毒会使低钾、低钙症状加重。由于多是高血氯性酸中毒,故补钾和补钙不宜用氯化钾、氯化钙,需用枸橼酸钾和葡萄糖酸钙或乳酸钙。补给量视病情而定。

2. 对Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型肾小管酸中毒可用噻嗪类利尿剂,使体液总容积减少,促进近端肾小管对碳酸氢盐的重吸收。Ⅳ型还可限食盐的摄入量或用氟氢可的松口服,促进肾脏钾排泄。高钾血症危及生命时可行血透。

3. 如患者失水、缺钠可给予适当补充。

(四)并发症的治疗:如并发尿路结石、尿路结石梗阻、尿路感染等,应积极治疗。并加强全身支持疗法以增强抗病能力。

(五)中药可用六味地黄丸,1 丸/次,2～3 次/d 口服。

肾盂肾炎

肾盂肾炎是由细菌或其他致病微生物侵袭肾盂、肾盏粘膜、肾小管以及肾间质的非特异性炎症性疾病。多发生于女性。

【诊断要点】

(一)急性肾盂肾炎:

1. 全身感染症状:多数起病急,常有发热、寒战、全身不适、头痛、乏力、食欲不振、恶心、呕吐等中毒症状。

2. 腰痛、肾区压痛及叩击痛。

3. 膀胱刺激症状:尿急、尿频、尿痛、有排尿困难及尿道口烧灼样痛感。

(二)慢性肾盂肾炎:表现多样。有的表现为低热、乏力,而缺乏全身感染症状及膀胱刺激征;有的仅有尿常规轻度异常;有的呈反复急性发作。后期可出现高血压、水肿及肾功能损害。

(五)辅助检查:

1. 尿常规:有轻度蛋白尿,清洁离心中段尿沉渣镜检:急性期白细胞

常大于 10 个/HP 或满视野，慢性期常大于 5 个/HP，出现白细胞管型对诊断有重要意义；可有红细胞少量出现。

2. 正规清洁中段尿（要求尿停留在膀胱中 4～6h 以上），细菌培养及菌落计数大于或等于 10^5/ml。

3. 尿路 X 光腹部平片、B 超、静脉肾盂造影，可了解有无肾盂肾盏变形、有无尿路结石，有无肾盂输尿管受压及先天畸形等。

4. 肾功能：急性肾盂肾炎多无肾功能异常，慢性肾盂肾炎后期可有尿浓缩功能及酚红排泄率下降。

5. 肾盂肾炎还应与以下疾病鉴别：

（1）膀胱炎：膀胱炎为下尿路感染、有膀胱刺激征但无发热及肾区痛，常有终末血尿及尿痛。

（2）尿道综合征：女性患者，有明显尿频、排尿困难，但无发热及白细胞增高等全身反应，多次尿菌培养菌落计数均小于 10^5/ml。尿中白、红细胞数不明显。

（3）肾结核：膀胱刺激征明显且持续以全程血尿为主，尿浓缩找结核杆菌及尿路造影有助鉴别。

【治疗】

（一）急性肾盂肾炎要注意休息，多饮水、勤排尿，必要时输液。给予阿托品 0.3～0.6mg，3 次/d；山莨菪碱 10mg，3 次/d，均为口服，以解痉，减轻尿路刺激征。

（二）确诊后立即开始抗感染治疗。一般首先选用对革兰阴性杆菌有效药物，如庆大霉素 8 万 u，2 次/d，口服或肌注；卡那霉素 0.5g，2 次/d，肌注；氨苄青霉素针 3.0g 加入生理盐水 20ml 溶解后静注，2 次/d；呋喃呾啶 50～100mg 或吡哌酸 0.5g，均为 3 次/d，口服；氟哌酸0.2g，2 次/d，口服。感染严重者可采用静脉给药或联合用药。

（三）急性肾盂肾炎用药至症状消失及尿检查阴性后，巩固 3～5d。一般用常规剂量 2 周为 1 疗程；疗程结束后 5～7d 复查尿菌，如仍阳性，则换另一种有效抗生素，治疗 1 周。

（四）慢性肾盂肾炎的治疗不同于急性者，方法如下：

1. 首先寻找出不利因素，如尿路结石、畸形、梗阻、前列腺炎等，并设法纠正。

2. 急性发作期选用有效抗生素，先用1～2种单独或联合治疗1周，然后另选药物治疗2周，经3个疗程症状减退，可改抑菌疗法：选择有效抗生素，每晚睡前排空膀胱后，服1个剂量，如复方新诺明2片、呋喃呾啶0.1g或TMP 0.1g等，连服3～6个月，必要时可服1年。

3. 加强支持疗法，增强抗病力，可按中医辨证结合西药治疗。

(五)中医治疗：

1. 膀胱湿热：发热恶寒，尿急，尿频，尿痛，小腹急满，腰痛，苔黄腻，脉滑数。治法：清热利尿。方药：八正散加减。

2. 肝胆郁热：寒热往来，心烦欲呕，不思饮食，腰痛，少腹痛，尿频灼热而痛，舌苔黄厚，脉弦数有力。治法：清泄肝胆，降火通淋。方药：龙胆泻肝汤加减。

3. 肾阴不足，湿热留恋：头晕耳鸣，腰膝酸软，咽干唇燥，尿频而短，小便涩痛，舌红、苔薄黄，脉细数。治法：滋阴益肾，通淋降火。方药：知柏地黄汤加减。

4. 脾肾阳虚，湿热未尽：面浮足肿，倦怠乏力，纳呆便溏，腰膝酸软，小便频数而不畅，舌淡、苔薄白，脉沉细无力。治法：健脾益肾，清热利湿。方药：参苓白术散合二仙汤加减。

(六)针灸治疗：

1. 体针：取膀胱俞、中极、阴陵泉、太溪。高热加合谷、曲池；血尿加血海；小便难解加次髎、中髎；胁胀口苦加行间；脾虚加脾俞、足三里；肾虚加肾俞、气海。

2. 灸法：取肾俞、膀胱俞、气海、足三里。用艾条或艾炷灸。

3. 耳针：肾、脾、膀胱、三焦、内分泌、肾上腺。急性肾盂肾炎加肺；尿痛加输尿管、尿道；发烧加耳尖放血。

4. 拔罐：在神阙向左右旁开两横指处各拔1罐，向下每隔两横指拔1罐(共2～3罐)；再在命门左右旁开两横指各拔1罐，上下方每隔两横指拔罐(共拔6～7罐)；然后在足三里下两横指及三阴交上两横指处拔罐。

(七)推拿疗法：患者坐位，医者双手拇指点按膀胱俞，嘱仰卧，推揉腹部正中，点按中极，提拿足三阴经，点按三阴交、阳陵泉、曲泉。适用于膀胱湿热型。

(八)单验方：车前草、酢浆草、地锦草、海金砂、白茅根、白花蛇舌草、

金钱草。任选1～2种，每种30～60g，水煎服，1剂/d。鲜品可用150～250g，捣汁内服，2次/d。

（九）饮食疗法：

1．玉米须50g、车前子20g、生甘草10g，共煎取汁温服。适用于湿热兼者。

2．生藕汁1杯，鹿汁1杯，和匀后3次/d口服。

3．通草5g，水煎取汁，加入赤小豆、小麦各50g，煮成粥，食之。适用于正虚湿热未尽者。

过敏性紫癜肾炎

过敏性紫癜肾炎是以皮肤损害、出血性胃肠炎、关节炎及肾损害为特点的临床综合征。由于过敏性紫癜患者约1/3发生肾炎，其预后主要取决于肾病变的严重程度，所以将过敏性紫癜引起的肾损害称为紫癜性肾炎。

【诊断要点】

（一）本病多见于儿童及青少年，以6～13岁发病最高，14～20岁次之，寒冷季节多发。

（二）有引起本病的因素，如感染、药物及食物过敏等，其他如虫咬、寒冷刺激等。

（三）肾外表现：

1．皮肤损害：全身皮肤可有出血性紫癜。多少不等，呈对称或不对称分布。

2．胃肠表现：可有腹痛、胃肠出血、恶心、呕吐，有时可有类似脓血便，易误诊为痢疾，需注意。

3．关节表现：类似关节炎样表现。

4．少数患者可有心肌炎或神经系统表现。

5．可有血压升高。

（四）肾炎表现：临床可分4型。

1．急性紫癜肾炎综合征：临床特点为血尿、蛋白尿、水肿、高血压、起病急，似急性肾炎，多数属此型，少数患者可发生少尿及肾功能进行性损害，呈急进性肾炎，预后差。

2. 慢性紫癜肾炎综合征：起病缓慢，皮疹消失后皮损持续存在，常伴肾功能减退，此型以成人为多。

3. 紫癜肾病综合征：有过敏性紫癜表现，又具备肾病综合征表现，常有严重肾小球病变。

4. 无症状性尿异常：有过敏性紫癜，同时存在无泌尿系症状的尿异常。

（五）实验室检查：血小板正常，出、凝血时间正常，嗜酸性细胞可增高，可有血浆蛋白低下，尿中有红细胞及蛋白。

【治疗】

（一）急性期应卧床休息，注意保暖、服用维生素 C、维生素 P，感染引起者应及时查明原因，采取抗菌治疗。如为药物、食物过敏者应立即停用。

（二）抗组胺药物使用：常用苯海拉明、扑尔敏、安其敏、赛庚啶等。10% 葡萄糖酸钙 10ml，静注，2 次/d，共 7～10d；腹痛明显者可用山莨菪碱或阿托品；0.5% 盐酸普鲁卡因 10～20ml，1～2 次/d，缓慢静注，共 10～14d。

（三）止血药的应用：有大出血者，可选用止血敏、安络血及其他止血药。

（四）皮质激素的应用：对控制皮疹、腹痛及关节炎疗效明显，但对其肾病变常无明显疗效，剂量宜大、疗程一般不少于 8 周，有效后渐减量，乃至停药。

（五）对重症紫癜性肾炎，上述治疗无效者，可采用环磷酰胺或硫唑嘌呤 50mg，3 次/d 口服。不能口服者可静脉给药，以上两药可联合使用，减少副反应，联用剂量应减少。噻替哌及长春新碱也可使用。

（六）皮质激素及免疫调整治疗不理想时，可加用潘生丁和肝素四联疗法。

（七）中草药雷公藤也有疗效，可用雷公藤总甙每日 1.2mg/kg 体重，口服。

肝肾综合征

无肾脏病史的肝脏病患者，如暴发性肝功衰竭、失代偿期肝硬化、约

物性肝病等，发生肝功能衰竭过程中出现急性肾功能衰竭，而无一般肾功能衰竭的原因，称肝肾综合征。

【诊断要点】

（一）在重症肝病基础上出现少尿、无尿，或并存有黄疸、腹水、肝功能异常、肝昏迷。

（二）常有大量利尿、放腹水、呕吐、腹泻、消化道出血、循环血容量减低、肾血流量下降等诱因。

（三）肾脏本身无器质性病变。

（四）辅助检查：

1. 肝功能异常，电解质紊乱。

2. 可有轻度蛋白尿、少量颗粒管型和镜下血尿，尿相对密度＞1.020。

3. 尿渗透压/血渗透压＞1.5。

4. 血肌酐轻度增高，尿肌酐/血肌酐＞20∶1。

5. 肾小球滤过率及肾血流量明显下降，尤以前者为甚。

【治疗】

（一）积极治疗肝功能衰竭原发病、解除诱发因素。

（二）控制水钠入量，高热量、低蛋白饮食以减少蛋白分解。

（三）纠正水、电解质及酸碱平衡失调。

（四）改善肾血流量可采用：

1. 多巴胺加阿拉明静滴：5%或10%葡萄糖液250～500ml内加阿拉明15～100mg、多巴胺20mg，20～30滴/min。用量及滴速随血压高低调整。

2. 丹参16～20ml加入5%或10%葡萄糖液500ml中静滴。

（五）糖皮质激素在其他治疗无效时可试用。

（六）血液或腹膜透析：等待肝功恢复，早期透析疗法对暴发性肝炎或阻性黄疸所致肝肾综合征有一定疗效。

慢性肾功能不全

各种慢性肾脏疾病（包括原发和继发）渐进恶化，发展到终末阶段，出现的代谢产物的潴留，水、电解质紊乱，酸碱平衡失调等综合症状。临床

表现几乎涉及到各系统、各器官、各组织。轻重不同，变化多端。

【诊断要点】

（一）各种慢性肾脏病史以及加重的促发因素，如感染、休克、心衰、尿路梗阻等。

（二）病程的不同阶段，可分别有多尿、夜尿、少尿，可有脱水和水肿。

（三）神经系统：乏力、倦怠、眩晕、头痛、淡漠、感觉障碍、抽搐、肌阵挛、嗜睡、昏迷。

（四）消化系统：纳差、恶心、呕吐、溃疡以及呕血。

（五）呼吸系统：可有肺部感染、尿毒症性肺炎、胸膜炎。

（六）循环系统：可有高血压、心肌炎、心包炎、各种心律失常、心衰。出现心包炎示病危。

（七）有不同程度的贫血、低蛋白血症。

（八）骨骼系统：由于继发性甲旁亢和骨营养不良出现骨软化、骨痛、纤维性骨炎。

（九）皮肤干燥、痒，可有尿素霜。

（十）可有甲状腺功能和性功能低下，以及其他内分泌功能紊乱症状。

（十一）可有代谢性酸中毒。

（十二）辅助检查：

1．尿随原发病不同出现各种异常。相对密度低而固定（常在1.010左右），有蛋白、细胞和管型，如能发现粗大的肾衰管型即可确诊。

2．电解质紊乱：

（1）早期失水出现低钾，晚期少尿出现高钾，可有水肿及稀释性低钠。

（2）可有高血磷、低血钙、高血镁。

3．血糖常增高，糖耐量降低，甘油三酯增高；血中胰高血糖素、生长激素、降钙素、胃泌素、甲旁素、肾上腺皮质激素大都升高；甲状腺素、促红素下降。

4．血红细胞、血红蛋白下降，出凝血时延长，血肌酐、血尿素氮升高，二氧化碳结合力降低。

5．B型超声、X线平片、造影、CT扫描示肾缩小，同位素肾图及各种肾功能试验均示减退。

（十三）慢性肾功能不全的分期：

1. 不全代偿期：内生肌酐清除率下降，但血肌酐正常。

2. 失代偿期又叫氮质血症期：内生肌酐清除率进一步下降，血肌酐升高；无尿毒症症状，无酸中毒。

3. 尿毒症期：内生肌酐清除率下降（＜25ml/min），血肌酐升高（＞442μmol/L），尿毒症明显，有代谢性酸中毒。

【治疗】

（一）积极治疗原发病，消除诱因：如纠正休克，控制感染，解除心衰，纠正酸碱失衡，避免受凉、过劳，停用一切损害肾脏的药物。

（二）饮食应给予高热量、高维生素、高质量低蛋白、低盐饮食。无水肿可不必限水，尿少水肿时则应限水。

（三）氨基酸疗法：补充必需氨基酸加低蛋白饮食，可增加蛋白合成，而不增加氮质代谢产物的生成，减轻氮质血症，改善营养状况。

（四）酮酸疗法：α-酮酸氨基化后可转变为氨基酸，起到和氨基酸疗法同样作用，但成本高，未广泛应用。

（五）电解质紊乱中最重要的是高钾和低钙。

1. 高血钾可致心跳骤停，必须紧急处理：

（1）立即停用一切含钾食物、药物。

（2）使用排钾利尿剂促进钾排泄。

（3）促进钾离子向细胞内转移：可采用胰岛素加高渗葡萄糖静推，一般用1u正规胰岛素配4g糖，可重复应用。或用5%碳酸氢钠溶液100～200ml直接静推，必要时重复应用。

（4）使用钠型阳离子交换树脂，必要时透析。

2. 低钙时易发生手足搐搦症，可给予10%葡萄糖酸钙20ml静注，视病情可重复使用。

（六）纠正酸中毒：可根据二氧化碳结合力给予补碱，常用5%碳酸氢钠注射液。但补碱不可过快，以免产生低血钙，引起抽搐。

（七）对症处理：根据各系统临床症状给予相应的对症治疗。如降压、止呕、抗感染等。

（八）蛋白合成激素的应用：苯丙酸诺龙或丙酸睾丸素25～50mg，隔2～3d肌注1次。

（九）当一般疗法无效时，可采用透析疗法：透析指征为：尿毒症晚期，

血尿素氮＞28.6mmol/L，血肌酐＞884μmol/L，血钾＞6.5mmol/L，有高血容量、心衰、不易纠正的酸碱失衡。可采用口服甘露醇、氧化淀粉、包醛氧淀粉，以及中药大黄、牡蛎、蒲公英等煎水灌肠透析。有条件者可行腹膜及血液透析。

（十）肾移植指征：内生肌酐清除率＜10ml/min、年龄在50岁以下、有难于矫治的合并症、下泌尿道及其他器官无病变或无重要病变者，可进行肾移植。

（十一）中医治疗：

1．脾肾阳虚、浊阴上逆：全身浮肿，面色灰暗，腹部水臌胀满，口有尿味，纳呆厌食，恶心，呕吐，尿少，舌嫩有齿痕、苔厚腻，脉沉滑。血尿素氮28.6mmol/L以上，肌酐707μmmol/L以上，二氧化碳结合力降低。治法：温阳泄浊。方药：温脾汤加白术、茯苓皮、泽泻、陈皮、枳实、法半夏、竹茹、伏龙肝。

2．阴阳两虚，阳气衰脱：头晕耳鸣，四肢厥冷，面色无华，呼吸微弱，汗多，神昏，二便自遗，舌淡、苔腻，脉细微。血尿素氮35.7mmol/L以上，肌酐707μmmol/L以上。二氧化碳结合力降低。治法：益气敛阴，回阳救逆。方药：参附汤合生脉散加黄精、熟地、槐花、刺五加、煅龙骨、煅牡蛎、丹参、桃仁、莪术。

（十二）针灸治疗：

1．体针：中极、三阴交、委阳、肾俞、关元、阴谷。针刺补法，并灸。

2．耳针：肾、膀胱、内分泌、尿道、皮质下。

3．皮肤针：取腰骶部的夹脊穴，膀胱经下腹部的任脉和肾经，循经叩打，1次/d。

4．灸法：取三焦俞、小肠俞、三阴交、中极、中封、太冲、至阴。用艾条温和灸。

5．贴敷：食盐500g，炒热，布包，熨小腹或腰部双侧肾区，保留3～5h，可重复换药1～3次。

（十三）推拿疗法：参阅急性肾功能衰竭。

（十四）灌肠疗法：生大黄30～60g（宜从小剂量开始），煅牡蛎、蒲公英、熟附子各30g，水煎煮，取汁300～400g，保留灌肠30min，1次/d，病重者2次/d。

（十五）饮食疗法：

1. 鲜鲤鱼 1 条（500g 左右为宜）、生姜 30g、葱白 60g，炖汤不放盐，喝汤吃鱼。适用于脾肾阳虚型。

2. 黄芪、山药、赤小豆各 30g，煎取汁 300～400ml，入糯米 60g，煮粥，加入适量糖食之。适用于脾虚水肿。

3. 枸杞子 30g、胡桃肉 60g、大枣 10 枚、粳米 100g。煮粥，分 2～3 次食之。适用于脾肾俱虚者。

4. 绿豆 30～50g、商陆 15g，共煮熟，去商陆，吃绿豆。适用于热毒尿闭者，不宜长服。

第五节　血液系统疾病

缺铁性贫血

缺铁性贫血是因为体内用以制造血红蛋白的贮备铁不足，致使红细胞生成障碍所发生的贫血。典型病例的贫血表现为小细胞低色素型。常见病因为慢性失血（如溃疡病出血、钩虫病、癌、食管静脉曲张破裂出血，痔核出血，月经过多）、妊娠、哺乳、婴幼儿喂养不当、偏食、胃酸缺乏（慢性胃炎、胃大部切除、脂肪泻）等。

【诊断要点】

（一）详细询问病史：有无慢性失血、铁摄入不足和吸收不良等情况。

（二）一般贫血表现：乏力、苍白、心悸、气急、头晕、食欲不振等。

（三）皮肤粘膜干燥，毛发干枯无光泽，甲扁平（或反甲、匙状甲）、脆薄易折裂。常有口腔炎、舌痛、慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎。

（四）特殊的神经系统症状：易兴奋、激动、烦躁、头痛，儿童可仅表现为注意力不集中、学习成绩下降，但贫血不显著。

（五）异食癖：嗜生淀粉、粘土、炉渣等。

（六）原发病的表现。

（七）实验室检查：

1. 血象：典型表现为小细胞低色素型贫血，即红细胞压积和血红蛋

白浓度降低的程度超过红细胞减少的比例。红细胞大小不等，色浅淡，中央淡染区扩大。白细胞和血小板正常。

2. 骨髓象：红髓增生活跃，幼红细胞增多、铁粒幼细胞明显减少或阴性。

3. 血清铁降低：在 10.7μmol/L 以下，总铁结合力升高。血清铁蛋白浓度降至 10～20μg/L 以下，小于 12μg/L 可作为缺铁的诊断标准。

【治疗】

治疗原则：①病因治疗；②补充足量的铁供给血红蛋白恢复之所需。

（一）病因治疗：彻底纠正和治疗引起缺铁的原因，对根治贫血和防止复发至关紧要。例如对出血患者要进行有效止血，改变不合理的饮食结构和习惯。

（二）增加营养，补充富含铁的食物，如猪肝、黄豆、海带、芹菜、荞菜、高粱、蛋等。

（三）铁剂治疗：

1. 口服铁盐：硫酸亚铁，0.2～0.3g/次，3 次/d。饭后服用，3～6 周为 1 疗程。间隔 3～6 个月再进行第 2 个疗程。同时给予稀盐酸、胃蛋白酶、维生素 C 以促进铁的吸收。在服用铁剂过程中，忌饮茶水，以免鞣酸引起铁沉淀而减效。

口服铁剂安全可靠，但往往有一些患者不能收到预期效果，其原因是：①服法不当吸收不佳。如铁剂引起胃肠反应而服用剂量不足或胃酸缺乏未能及时补酸，致铁吸收不良；②引起缺铁的原因未予纠正；③由于慢性感染、尿毒症、其他慢性病性贫血等，使铁剂利用受抑制；④存在某些恶性疾病；⑤重新考虑诊断是否正确。

2. 注射铁剂：右旋糖酐铁 100mg/次，1 次/d 或隔日 1 次，深部肌肉注射。注射用铁剂可引起局部疼痛，偶可发生过敏反应，如头痛、发热、恶心、呕吐，严重者引起过敏性休克。

（四）中医治疗：

1. 脾气虚弱：面色萎黄，神疲乏力，气短懒言，不耐劳作，胸闷便溏，舌淡胖嫩、苔薄白，脉沉缓。治法：健脾益气。方药：六君子汤加黄精、木香、藿香、黄芪。腹泻、腹中冷痛者加附子片、干姜；四肢欠温者加桂枝、干姜。

2. 气血两虚：面色苍白，心慌气短，神疲倦怠，下肢浮肿，口唇爪甲淡白，指甲平坦，舌淡胖，脉细弱无力。治法：补气养血。方药：八珍汤加黄芪、肉桂、大枣、陈皮、生姜。钩虫病加槟子、雷丸、槟榔、鹤虱。

3. 肝肾阴虚：形体消瘦，头晕目眩，耳鸣，两目干涩，视物昏花，腰腿酸软，毛枯发落，爪甲凹陷、枯脆，舌红、少苔，脉沉细数。治法：滋补肝肾。方药：杞菊地黄丸加当归、白芍、首乌、紫河车、太子参。

（五）针灸治疗：

1. 体针：一组主穴取脾俞、血海，配足三里、胃俞。用补法，可灸。适用于脾气虚弱型；二组主穴取脾俞、肝俞、血海，配足三里、三阴交、心俞。用补法，亦可灸。适用于气血两虚；三组主穴取肾俞、三阴交、配肺俞、太溪穴，用补法。适用于肝肾阴虚。

2. 耳针：心、肝、脾、皮质下、肾上腺。每次选3～5穴，留针30min～2h，也可用埋针或压丸法。1次/d。

3. 灸法：膈俞、脾俞（均取双侧）。用麦粒灸或艾条温和灸，1次/d，10次为1疗程。

4. 贴敷：芫花50g（醋浸泡1d），明雄黄6g、胆南星10g、白胡椒5g，共研细末混匀。用时取药末10～15g，填放神阙穴内，覆以纱布，胶布固定。3～5d换药1次，3个月为1疗程。

5. 穴位注射：主穴取脾俞、膈俞、心俞。配穴取足三里、肾俞、肝俞、悬钟。药用维生素B_{12}注射液或5%当归注射液。每次选主、配穴各1个，两侧交替使用，每穴注入药液0.5ml，1次/d，10次为1疗程，疗程间隔5～7d。

6. 推拿疗法：患者坐位姿势，医者以双手拇指点按心俞、脾俞。医者一手握患腕，另一手使用揉拿手三阴法，点按神门。嘱患者俯卧位，施用提拿足三阴法，点按太白穴。适用于脾气虚弱者；另一种是嘱患者坐位，医者以双手拇指点按肝俞、肾俞。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阴法，点按太冲、太溪。适用于肝肾阴虚者。

（六）单验方：

1. 桂圆适量蒸蛋或煎水、煮粥均有效。

2. 土大黄30g、丹参15g、鸡内金10g。水煎服，1剂/d，15d为1疗程，忌辛辣。

3．紫河车粉，每次 30g，2 次/d，口服。

4．鸡血藤 30～60g，水煎服，1 剂/d。

5．仙鹤草 30g，炙黄芪 20g，水煎服，1 剂/d。

巨幼红细胞性贫血

巨幼红细胞性贫血是由于叶酸或维生素 B_{12} 缺乏，致使脱氧核糖核酸(DNA)合成障碍而发生的一类贫血。好发生于婴幼儿、孕妇和青少年。不良的生活习惯(如不吃动物内脏)、食物烹煮过度、药物影响、胃肠功能不良、寄生虫或细菌感染等均可引起本病。

【诊断要点】

(一)有上述易引起营养不良的病史。

(二)起病缓慢，逐渐加重，多呈中度至重度高色素大细胞性贫血。

(三)消化道症状明显，如食欲不振、上腹饱胀、腹泻或便秘，并伴有舌炎。

(四)有神经系统症状，如四肢麻木、软弱无力、共济失调、站立和行走不稳、深部感觉减退甚至消失、末梢神经炎、视神经萎缩等。

(五)可有肝脾肿大或出血。

(六)小剂量叶酸、维生素 B_{12} 试验性治疗有效。

(七)实验室检查：

1．血象：红细胞数目及血红蛋白量减少，红细胞体积大，大小不均，缺乏中央淡染区，且嗜多色性，含嗜碱性点彩与卡波环，偶见巨幼红细胞。网织红细胞正常或轻度减低。白细胞数量减少，核右移，5 叶以上≥3%或 6 叶以上发现 1 个，常提示早期巨幼红细胞贫血。血小板轻度减少，可见体积特大的血小板。

2．骨髓象：三系列增生均活跃，细胞体积大，以红系为明显。

3．生化检查：血清 B_{12} 含量低于 100mg/L(正常 300～400mg/L)、叶酸含量低于 3～4mg/L(正常 7mg/L)。间接胆红素升高，血清铁增高。

4．胃液分析：胃液量减少，游离盐酸缺乏或显著降低。

【治疗】

(一)尽快去除病因：合理调配饮食，增加新鲜蔬菜和动物蛋白，改进烹调方法和不良饮食习惯，孕期要加强营养，合理喂养婴儿，必要时预防

性服用叶酸。同时要治疗原发病。

(二)叶酸缺乏：叶酸 5～10mg/次，1～2 次/d，治疗时间的长短可根据致病原因而决定，如病因不易去除，用药时间可适当延长。在用叶酸之前必须排除维生素 B_{12}缺乏之可能，因为叶酸不能减轻维生素 B_{12}缺乏所引起的神经系统症状，甚至可使其加重而产生严重后果。

(三)维生素 B_{12}缺乏：维生素 B_{12}，50～100μg/次，1 次/d 或隔日 1 次，2 周后改为 2 次/周，连续 4 周。伴有神经系统症状者 100～200μg/次，1 次/d，待血象恢复后改为每月 1 次，100μg/次维持。

(四)同时补充维生素 B_1、维生素 B_6、维生素 C，伴有缺铁时应补充铁剂。

(五)中医治疗：

1. 脾胃虚弱：面色无华，毛发不荣，神疲乏力，口唇及爪甲淡白，纳少便溏，腹胀不适，舌淡、苔白而薄，脉沉细弱。治法：健脾养胃。方药：香砂六君子汤加山药、干姜、大枣。肢冷腹凉者加附片；泻泄者加扁豆、芡实、车前子。

2. 胃阴不足：形体消瘦，面色少荣，口唇干燥，口渴恶心，舌红、少苔或无苔、状如镜面，脉细数。治法：生津养胃。方药：益胃汤加石斛、乌梅、白芍、麦芽、大枣。便秘者加火麻仁、何首乌、瓜蒌仁；呃逆者加柿蒂、枇杷叶、竹茹；呕吐者加代赭石、旋复花。

3. 肝血亏损：面色萎黄，头晕目眩，视物昏花，四肢麻木，筋脉拘挛，爪甲不荣，唇淡无华，舌淡胖、苔薄白，脉沉细。治法：补养肝血。方药：补肝汤加鸡血藤、何首乌、女贞子、杞子。心悸者加茯苓、远志；夜盲者加石决明、刺蒺藜、鸡内金；肢体抽搐、颤抖者加伸筋草、珍珠母、全蝎。

(六)针灸治疗：

1. 体针：脾俞、心俞、肝俞、足三里、血海、肺俞。每次任选 3～4 穴，1 次/d，7 次为 1 疗程。

2. 穴位注射：主穴取膈俞、脾俞、心俞。配穴取足三里、肾俞、肝俞。维生素 B_{12}注射液，每穴 0.5ml，每次取主、配穴各 1 个，10 次为 1 疗程。

3. 推拿疗法：与缺铁性贫血相同。

(七)单验方：

1. 当归、黄精各 150g，用好酒 100ml 蒸后晒干，研细末，蜜丸，每晚空

服 6g。

2. 何首乌 500g，放米饭上三蒸三晒，捣为细末，每晨服 15g，温开水冲服。

3. 鲜山药 100g、枸杞 50g、薏苡仁 100g，文火煮至汤稠即可，随意服之。

再生障碍性贫血

再生障碍性贫血（简称再障）是多种原因所致的造血功能衰竭的一组综合征。其原因不甚明了，与感染、某些药物或化学制品的过敏和中毒、放射线以及免疫等因素有关。

【诊断要点】

（一）全血细胞减少；网织红细胞绝对值减少，骨髓检查至少有一个部位增生减低。

（二）进行性贫血，出血多见于皮肤、粘膜、内脏（心、脑、胃肠道）、眼底。

（三）感染：多发生于皮肤、粘膜、胃肠道及肺部，常引起败血症。

（四）能除外其他引起全血细胞减少的疾病，如阵发性睡眠性血红蛋白尿、白血病、粒细胞缺乏症、恶性组织细胞增生症等。

【治疗】

（一）去除病因：避免接触有害物质，禁用骨髓抑制药物及化学制剂（可引起再障的药物和化学物质附后）。

（二）一般治疗：保持卧室、饮食、口腔卫生，加强支持疗法，提高机体免疫力。

（三）对症治疗：

1. 止血药：

（1）止血敏：0.25～0.75g/次，2～3 次/d，肌肉或静脉注射。

（2）安络血：2.5～5mg/次，3 次/d，口服；或 5～10mg/次，肌肉注射。

（3）6－氨基己酸：4－6g/次，加生理盐水或葡萄糖液内静脉点滴；或 2g/次，3～4 次/d，口服。

（4）对羧基苄胺：100～200mg，加葡萄糖或生理盐水内缓慢滴注。

2. 输血：要严格掌握适应证，血红蛋白少于 6g/dl 或出血严重时才考

虑输血，因为：①输血可以增加传播丙型肝炎、艾滋病的机会；②多次输血可发生继发性血色病；③增加对移植物组织相关抗原(HLA)的免疫反应，使骨髓移植成功的机会减少；④增加输血反应的机会。所以，必须慎重。

3. 积极预防和控制感染：无明显感染或发热，不宜采用全身性预防抗感染，以减少抗药性的发生。一旦发现感染灶要尽早做细菌培养和药物敏感试验，选用有效抗生素进行治疗。各种穿刺要严格消毒

(四)刺激骨髓造血药物：

1. 雄激素：常用药物有以下几种：

(1)丙酸睾丸酮：50～100mg/d，尽量口服，肌注易发生硬结感染。连用5个月。

(2)康复龙：7.5～30mg/d，口服，连用5个月，

(3)大力补：10～30mg/d，口服，连用5个月。

(4)康力龙：6～12mg/d，口服，连用5个月。

雄激素副作用较大，用药1个月左右即出现痤疮、毛发增多、声音变粗、女性闭经等，长期应用可出现女性男性化。

2. 肾上腺皮质激素：适用于具有出血或溶血现象的患者，可以改善血象及临床症状。

(1)强的松或强的松龙：40mg/d，分3～4次口服。

(2)氢化可的松：100～200mg/d，静脉点滴。

肾上腺皮质激素应用时间不宜过长，无效时要逐渐停药。

3. 其他：

(1)碳酸锂：0.4～0.9g/d，分2～3次口服。

(2)硝酸士的宁：每周连续用药5d，休息2d，5d中每天的药物剂量依次是1mg、2mg、3mg、3mg、4mg，肌肉注射，疗程不少于6个月。

(3)氯化钴：60～150mg/d，分次口服。

(4)一叶秋碱：8mg/d，肌肉注射，无不良反应者1周后增加至16mg/d，1.5～2个月见效，持续用药6个月，与康力龙联合应用，疗效更好。

(五)免疫抑制剂：有抗胸腺球蛋白(ATG)、抗淋巴细胞球蛋白(ALG)。

(六)提升白细胞的药物：

(1)维生素 B_4:20～60mg/d,分 3 次口服。

(2)甾肝醇:50～100mg/d,分 3 次口服。

(3)茴香稀酸胶丸:2 丸/次,3 次/d。

(4)猪脾:180～600g/d,口服。

(5)莨菪碱、氨茶碱、牛水油等均可试用。

(七)骨髓移植:骨髓移植的适当时机是:①起病后不久;②未经输血;③尚未发生感染;④年龄不超过 40 岁。通常采用同父母的亲兄弟姐妹 HLA 完全相同者的骨髓,如以同卵孪生子的骨髓移植,成功率要高得多,移植成功者再障可望完全治愈。

(八)胎肝细胞输注:方法简单,使用方便,不需考虑血型和 HLA 问题。缺点是细胞数量少,目前成功率还较低。

(九)中医治疗:

1. 脾气虚衰:面色苍白,口唇无华,心悸头晕,少气懒言,神疲乏力。脘闷便溏,舌淡、苔白,脉虚无力。治法:健脾益气,补养营血。方药:归脾汤加紫河车、鸡血藤。网状红细胞减少加鹿角片、仙灵脾、何首乌。

2. 脾肾阳虚:面色㿠白,形寒肢冷,神疲倦怠,心悸气短,腰酸腿重,纳呆便溏,舌嫩胖、边有齿痕、苔白滑润,脉沉细弱。治法:温补脾肾。方药:右归丸合四君子汤。白细胞减少可选加紫河车、鸡血藤、甲珠、黄芪、当归、鹿茸、仙灵脾、补骨脂、丹参。

3. 肝肾阴虚:证治参见缺铁性贫血。

4. 阴虚血热:面白颧赤,五心烦热,盗汗,口渴咽干,鼻衄或齿衄、肌衄等出血症,舌红、少津,脉细数。治法:养阴清热,凉血止血。方药:知柏地黄汤加水牛角、女贞子、旱莲草、茅根、栀子,去茯苓、泽泻。血小板减少加玉竹、黄精、三七、地榆、仙鹤草、紫河车、大枣。

5. 气不摄血:面色苍白无华,心悸气短,倦怠肢凉,鼻衄或消化道、子宫出血,舌胖边有齿印、苔白,脉虚。治法:补气摄血。方药:举元煎加补骨脂、赤石脂、山药、五味子。消化道出血者,加伏龙肝、三七;子宫出血者,加阿胶、艾叶;出血量多、肢冷、大汗淋漓者,加附子、肉桂、干姜。

6. 再障感染:发热,少汗,头痛,咳嗽,苔薄黄,脉浮数。治法:清热解毒。方药:银翘散;发热,汗多,口渴,苔黄,脉洪数。治法:清热益气生津。方药:白虎加人参汤;骨蒸潮热,午后尤甚,热退无汗,舌红、苔少,脉细数。

治法：养阴透热。方药：青蒿鳖甲汤。

（十）针灸治疗：

1. 体针：大椎、膈俞、肝俞、脾俞、足三里，每次选2～3穴，针刺补法，配合灸法，隔日1次。

2. 灸法：华佗夹脊穴、大椎、心俞、膏肓俞、关元、足三里，配肝俞、脾俞、肾俞、三阴交、曲池、血海。每日灸1次，每穴3～9壮。

3. 穴位注射：取肾俞、肝俞、膈俞、悬钟。注入异体血0.5～1ml，隔日1次，10d为1疗程。

5. 推拿：患者坐位，医者以拇指点按大椎。嘱患者俯卧位，施用双龙点肾法。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阳法。适用于肾阳虚型。

6. 埋线：取血海、肾俞、肝俞。两侧轮流埋线，20～30d 1次。

7. 割治：取公孙、然谷、涌泉、大白穴。每穴纵行割1cm长口，除去少量脂肪，并用血管钳按摩刺激局部，常规包扎即可。

（十一）单验方：

1. 皂矾（煅）60g、黑豆（炒熟）500g、核桃仁30g、红花9g、干紫河车1个、鸡内金15g，共研末混匀。以枣泥250g、面粉250g、百草霜30g，炼蜜为丸。每丸重10g，每次1丸，日服3次。

2. 牛骨髓、生山药、蜂蜜各250g，冬虫夏草、紫河车粉各30g。共搅匀入瓷罐内，放锅内炖30min。每次2汤匙，日服2次。

【预防】

（一）工农业生产要严密防护，防止污染环境。

（二）用药要有明确指征，避免滥用药物。

（三）对家庭用的多种溶剂，染发剂的毒性作用多加宣传。

（四）爆发战争时，做好化学战争和核爆炸的防御工作。

【附】可引起再障的药物和化学物质

（一）抗微生物药：氯（合）霉素、四环素、异烟肼、链霉素、磺胺类、两性霉素B、有机砷等。

（二）止痛或抗风湿药：消炎痛、保太松、美散痛、秋水仙碱、阿斯匹林等。

（三）抗甲状腺药：甲亢平、他巴唑等。

（四）抗糖尿病药：甲苯磺丁脲、氯磺丙脲等。

(五)抗疟药:阿的平、氯喹等。

(六)抗惊厥药:三甲双酮、苯妥英钠。

(七)抗细胞毒药物:氨甲喋呤、6-巯基嘌呤、马利兰、氮介、环磷酰胺、柔红霉素、阿糖胞苷等。

(八)杀虫剂:滴滴涕、氯丹、六六六、有机磷农药等。

(九)化学毒物:苯、三硝基甲苯、无机砷等。

(十)染发剂。

自体免疫性溶血性贫血

自体免疫性溶血性贫血是由于机体免疫功能发生异常,体内产生自身抗体,吸附在红细胞表面上,使红细胞过早破坏而发生的溶血性贫血。它不是单纯一种疾病,可与其他疾病(如白血病、系统性红斑狼疮、类风湿、癌症等)伴发,也可由于服用甲基多巴、左旋多巴等引起,部分原因不明。根据抗体性质可分为温抗体型和冷抗体型2大类,温抗体型最多见。临床表现为肝脾肿大,有贫血和溶血表现。温抗体型者激素治疗可以收到良好效果。

[诊断要点]

(一)温抗体型溶血性贫血:

1. 大部分可查到原发病,女性和40岁以上者多见。

2. 免疫球蛋白为IgG。

3. 有慢性溶血表现,如肝脾大、发热、黄疸、贫血。

4. 血红蛋白常在8g/dl以下,重者低至3g/dl,网织红细胞显著增高,球形细胞增多。白细胞随原发病而变化,血小板常减少。

5. 髓象:红系细胞增生显著增多。

6. 血清:Coombs试验直接(+)、间接(-)。

7. 红细胞渗透脆性增加。

(二)冷抗体型溶血性贫血:

1. 原发性多于继发性。

2. 免疫球蛋白为IgM。

3. 严寒时暴露部分(如手指端、鼻尖、耳廓、皮肤)发冷麻木疼痛,温暖后消失,严重者出现血红蛋白尿、脾大。

4．血象：轻度贫血，红细胞及血小板正常。

5．血清：Coombs 试验低温下间接（+）。

6．冷凝集试验（+）。

【治疗】

（一）病因治疗：随原发病好转自体免疫性溶血性贫血可获得缓解。

（二）强的松：每日 1mg/kg，分次口服，血红蛋白升至 10g/dl 时，药物缓慢减量，每周减 5～10mg/d，减至 10～15mg/d，维持 1～2 月；再减至 5～10mg/d，维持 3 个月。

（三）脾切除适用于对激素有禁忌，激素治疗无效或需大剂量激素才能维持缓解而患者不能耐受，并经测定红细胞主要在脾脏破坏者。

（四）免疫抑制剂：适用于激素治疗和脾切除后病情仍不能缓解者。常用硫唑嘌呤和环磷酰胺。

（五）对冷抗体型溶贫缺乏有效的治疗方法主要是保暖，避免寒冷，必要时用苯丁酸氮芥 2mg/d，持续 3 个月以上。本型对激素及切脾均无效。

葡萄糖－6－磷酸脱氢酶缺乏症

葡萄糖－6－磷酸脱氢酶缺乏症是由于红细胞内缺乏葡萄糖－6－磷酸脱氢酶引起的一种溶血性贫血。平时多无症状，在接触氧化剂药物、蚕豆或发生感染时，可迅速发生剧烈溶血。急性溶血时表现为疲倦、衰竭、发热、恶心、呕吐、头晕、烦躁、口渴、腹痛、贫血、黄疸、尿呈浓茶或酱油色，重者谵妄和昏迷，可因循环衰竭而死亡。

【诊断要点】

（一）使用药物（如抗疟药、磺胺类药、阿斯匹林、非那西汀、水溶性维生素 K、美蓝、雷米封、氯霉素、苯妥英钠）或接触樟脑丸后突然发生急性溶血。

（二）蚕豆病多见于儿童，于进食蚕豆后数小时至 1d 内突然发生急性溶血性贫血。

（三）感染性溶血多发生于婴儿、儿童，于细菌或病毒感染后出现。

（四）新生儿溶血性贫血表现为出生 24h 后发生黄疸，因注射水溶性维生素 K 或接触樟脑丸而加重。

（五）实验室检查：平时无明显异常，发生溶血时，血红蛋白、红细胞、

红细胞压积很快下降，网织红细胞增高，球形细胞可以增多。骨髓中红系增生显著，有条件者可进行葡萄糖－6－磷酸脱氢酶缺乏的过筛试验。

【治疗】

本病多有自限性，一般不需特殊治疗。因使用氧化剂药物发病者，如能用其他药物替代者可停药，无药可代者不必停药。严重者要输血，但要注意供血者是否有葡萄糖－6－磷酸脱氢酶缺乏。注意水、电解质平衡，纠正酸中毒，有血红蛋白尿者要鼓励患者多饮水，保持足够尿量，防止急性肾衰的发生。

海洋性贫血

海洋性贫血是一组遗传性溶血性疾病，临床表现不一，重症者自幼贫血严重，伴黄疸、肝脾肿大，有种族和家族性，轻型可无明显症状。临床上分为α海洋性贫血和β海洋性贫血2种。

【诊断要点】

（一）明显的家族史：父母有遗传证据。

（二）大多有贫血、黄疸、肝脾肿大和发育障碍。

（三）实验室检查贫血呈低色素小细胞性，红细胞形态变异，有大小不等之靶细胞。红细胞渗透脆性明显减低。血红蛋白电泳显示有异常血红蛋白。

（四）妊娠8～12周直接测定胎盘绒毛膜DNA，安全可靠。

【治疗】

轻型无症状者不必治疗，对重症者可采取：

（一）输血：使血红蛋白保持在10g/dl，1次/6周，以助长患儿生长发育。

（二）铁络合剂：如去铁敏0.5～1.0g/d，静滴，连用3～4d，间歇4～5d重复应用。

（三）叶酸：适用于溶血明显和反复发病者。20～30mg/d，分次口服。

（四）脾切除：适用于重症、脾巨大脾功能亢进，并经同位素证实脾为阻留红细胞的主要场所。

（五）骨髓移植。

阵发性睡眠性血红蛋白尿

阵发性睡眠性血红蛋白尿是一种红细胞膜获得性缺陷所致的慢性溶血性贫血。特点是睡眠时间歇性血红蛋白尿，与再障关系密切。

【诊断要点】

（一）间断性睡眠时血红蛋白尿，尿色呈酱油色。

（二）反复发作腰痛、背痛，不能用其他疾病解释者。

（三）静脉血栓形成，可发生于四肢、肠系膜、肝门静脉系、脑静脉等部位，随栓塞部位不同出现相应症状和体征。

（四）实验室检查：

1. 血象：红细胞和血红蛋白降低；白细胞降低，中性粒细胞减少；血小板轻度减少，网织红细胞增高。

2. 骨髓：红系增生明显活跃。

3. 酸溶血试验阳性。

【治疗】

（一）输血：输入经事先用生理盐水洗涤3次或冷冻保存的红细胞，不但可以改善贫血，而且可以抑制骨髓造血功能，减少阵发性睡眠性血红蛋白尿细胞的数量，使溶血减轻。

（二）控制溶血发作：

1.5%苏打水：250～500ml静脉点滴。

2. 强的松：20～40mg/d，连用20d以上，维持量为5～10mg/d，连用3个月。

（三）提高血细胞的生成：可用羟甲雄酮和氟羟甲雄酮，剂量及用法见再生障碍性贫血篇。

（四）应用抗凝剂，防止血栓形成，可用香豆素。

（五）骨髓移植：同卵孪生及同种异体移植可获明显疗效。

真性红细胞增多症

真性红细胞增多症是一种骨髓增生性疾病，患者红细胞和血液总容量绝对增多，血液粘稠度增高。临床特点有皮肤明显红紫、脾脏肿大及由于血流缓慢所引起的血管性和神经性症状。

【诊断要点】

（一）皮肤粘膜呈红紫色，尤以面颊、舌、耳、鼻尖、颈部及四肢末端最显著。

（二）肝脾肿大，可发生左季肋区疼痛。

（三）血液颜色深，血液粘稠，粘稠度为正常人的 5～8 倍。全身红细胞容量增多，男性大于 36ml/kg 体重，女性大于 32ml/kg 体重。

（四）血象：红细胞计数 600 万～1 000 万/μl，血红蛋白 16～24g/dl，白细胞 1 万～3 万/μl，血小板 40 万/μl。

（五）骨髓象：红系、粒系、巨核系均明显增生，铁染色显示铁贮备减少。

【治疗】

治疗目的是抑制造血功能，使血容量在短期内降至正常，从而达到缓解病情、减少并发症的目的。

（一）静脉放血疗法：简单安全，疗效迅速。具体方法是 200～400 ml/次，每隔 2～3d 放血 1 次，直至红细胞降至 600 万/μl 以下。放血指征是：①红细胞压积超过 55%；②为防止放血后刺激造血，可用低分子右旋糖酐预防；③对老年人及有心血管病变者要慎重，1 次放血量要小，间隔时间要长。

（二）化学疗法：适应证：①1 次放血不能改善症状必须经常放血或放血后症状不减轻者；②肝脾明显肿大者。

1. 初次治疗：马利兰 4～6mg/d，瘤可宁 6～10mg/d，环磷酰胺 150mg/d。

2. 维持治疗：血象达到正常后改为维持治疗，其方法有 2 种：①停药 4 周后重复初次用药剂量；②马利兰 2mg/d 或间日用 2mg，瘤可宁 2mg/d 或间日用 2mg，环磷酰胺 50mg/d 或间日用 10mg。

（三）放射性核素治疗：磷酸钠：11.1×10^7～22.2×10^7Bq(3～6mCi)，在静脉放血后 1 次注射，2～3个月后髓象、血象方恢复正常。或磷酸钠 7.4×10^7 Bq(2mCi)，10d 1 次，空腹口服，用药前要低磷饮食，共 2～4 次。

原发性血小板减少性紫癜

原发性血小板减少性紫癜是以周围血液中血小板计数减少、骨髓巨

核细胞正常或代偿性增加而出现以皮肤粘膜出血为主的一种常见免疫性出血性疾病。

【诊断要点】

(一)多发生于儿童和青壮年。

(二)皮肤粘膜及其他部位出血。

(三)脾脏一般不肿大。

(四)免疫抑制剂及肾上腺皮质激素治疗有效。

(五)除外引起血小板减少的其他疾病,如阵发性睡眠性血红蛋白尿、播散性血管内凝血、脾功能亢进、淋巴瘤等。

(六)实验室检查:

1.血液:血小板计数减少,低于5万/μl甚至1万/μl,血小板体积大,形态变异,颗粒减少,染色深。出血时间延长,毛细血管脆性试验阳性;血块退缩不良,凝血酶原消耗试验时间缩短。

2.骨髓象:急性型巨核细胞数大致正常,胞浆缺乏颗粒可有退行性变及液泡,幼稚型及过渡型巨核细胞体积小、有伪足、血小板生成减少或缺如。慢性型巨核细胞略增加,血小板生成减少,淋巴细胞、嗜酸细胞及幼稚红细胞增加。

【治疗】

目的是控制出血症状,减少血小板破坏,提高血小板数量,急性期严重病例应绝对卧床休息,预防出血。

(一)肾上腺皮质激素:强的松或强的松龙40mg/d,分次口服。反应不良者60~80mg/d;或地塞米松4.5~6mg/d,分次口服。重病者可用氢化可的松200~300mg/d,静脉点滴。

急性型4~8周为1疗程,停药后观察不得少于1年。如停药后血小板连续减少3个月,应再给1个疗程。2年内不宜做预防注射。

慢性型每日量不大于40mg,维持量10mg/d,3~6个月为1疗程。

(二)脾切除:适应证:①慢性成年患者、病程在半年以上,各种内科疗法不能缓解者;②应用中等剂量强的松仍不能缓解或需长期应用,维持量大于10mg/d者;③应用激素有禁忌证者;④妊娠6个月以内出血严重者;⑤急性型出血严重、内科治疗1~2周无效并危及生命者。相对禁忌证是:①患有其他严重疾病不能耐受手术者;②妊娠后期;③急性暴发型

病例手术死亡率高；④儿童急性期多可自动缓解，不宜手术。

（三）免疫抑制剂：适用于：①对激素治疗反应差或不宜使用激素者；②切脾后症状不缓解者。

1. 硫唑嘌呤：1～3mg/kg 体重，口服或静脉注射。

2. 环磷酰胺：50～200mg/d，口服或静脉注射。

3. 长春新碱：1～2mg/周，静脉注射。

1～2 月后改为维持量，疗程 1～6 个月。

（四）对症与复发的处理：

1. 月经过多：安宫黄体酮 4～8mg/d，口服。5～20d 为 1 疗程；丙酸睾丸酮 50mg 肌肉注射，于月经来潮前 10d 开始，1 次/d，至月经来潮后停药。适用于中年妇女。

2. 出血严重者可用止血敏、安络血、止血环酸、羧基苄胺、维生素 C、参三七等止血。辅酶 A、三磷酸腺苷、利血生、核苷酸、叶酸、丙酸睾丸酮等有升血小板作用，可以试用。

3. 输血或血浆要慎重，仅适用于抢救危重患者或手术需要或严重并发症者，一般慢性病例不输。

（四）中医治疗：

1. 血热妄行：发病急，初有寒热，斑色紫赤，量多成片，或有衄血、尿血等，血色鲜红，可见面赤心烦，舌质红绛，脉象滑数。治法：清热解毒，凉血止血。方药：犀角地黄汤合十味散加减。出血量多者可加藕节、地榆、茜草；大量出血而见脉微细、面色苍白、四肢厥冷、汗出淋漓等阳虚欲脱之象者，急加服独参汤，以益气固脱。

2. 阴虚火旺：紫斑较多，颜色紫红，下肢尤甚，时发时止，伴见头晕目眩，耳鸣，低热颧红，心烦盗汗、常有鼻、齿龈出血、妇女月经过多，舌红少津，脉细数。治法：滋阴降火，佐以止血。方药：大补阴丸加味。有虚热加鳖甲、地骨皮、银柴胡。

3. 脾虚气弱：紫斑时愈时发，稍劳尤甚，面色萎黄，精神萎顿，头晕乏力，动则气短，食欲不振，常见便血，妇女月经过多，舌淡无华，脉濡而缓。治法：健脾益气，引火归源。方药：归脾汤加减。

如病程较长，紫斑色淡，面色㿠白，四肢厥冷，腰酸便溏，舌质淡胖，脉沉细无力者为脾肾虚寒，可在上方的基础上加肉苁蓉、熟附子、肉桂等温

脾肾之药。

如果本病出血后瘀血内阻，证见瘀斑或血肿严重、脾脏肿大、舌青紫凡出血难止者，可加用桃仁、红花、参三七等活血化瘀之品。

（五）单验方：

1．白茅 6g、红枣 20 枚，煎汤连枣同服，1 剂/d。

2．鲜茅根 50g、鲜生地 50g、鲜侧柏叶 15g，水煎服，1 剂/d。

3．生石膏 30g、焦黄柏 15g、儿茶 6g、五倍子或蔷薇根 15g，上药浓煎含口，每次 5～10min，每日漱口数次。适用于齿龈出血、久而不止者。

4．百草霜 15g、龙骨 30g、枯矾 30g，上药共研细末，以湿棉条蘸药塞鼻。适用于鼻衄不止者。

过敏性紫癜

过敏性紫癜又称毛细血管中毒症，是机体对某些物质发生变态反应而引起广泛性小动脉和毛细血管壁的渗透性和脆性增高，并伴有出血和血肿。病变最多见于皮肤和粘膜，也可发生于胃肠道、关节和肾脏。本病多为自限性，也有反复发作或累及肾脏而经久不愈者。根据病变所累及的部位和出现的症状，分为皮肤型、腹型、关节型、肾型及混合型等 5 种类型。

【诊断要点】

（一）发病前 1～3 周有上呼吸道感染史，多见于儿童和青少年。

（二）多数病例可追及致敏发病的有关因素。

（三）皮肤瘀点为对称性，分批出现，高出皮肤，以下肢为著。

（四）在紫癜出现前后可伴有关节疼痛、腹痛、肾脏病症，少数病例可伴有口唇、眼睑、手、足等处局限性血管性水肿。

（五）实验室检查：

1．血液：血小板、红细胞、白细胞均正常，嗜酸细胞可升高。出血时间、凝血时间及其他凝血机制检查正常。毛细血管脆性试验可呈阳性，血沉可增快，抗"O"可增高。

2．尿蛋白阳性，可见红细胞及管型。

3．大便可找到虫卵，腹型病例大便潜血阳性。

4．骨髓检查正常。

[治疗]

(一)去除病因：对已知病因要采取相应措施，如驱虫、治疗慢性病灶、避免用易致敏食物和药物。

(二)脱敏疗法：异丙嗪 12.5～25mg/次，3 次/d，肌注或口服；苯海拉明 25mg/次，3 次/d，口服；扑尔敏 4～8mg/次，3 次/d，口服；安其敏 25mg/次，2 次/d，口服；10% 葡萄糖酸钙 10ml/次，静脉注射，1～2 次/d；肾上腺皮质激素：强的松 5～10mg/次或地塞米松 0.75～1.5mg/次，3 次/d，口服。

(三)增强毛细血管致密性，减少通透性：维生素 C 0.1～0.2g/次，3 次/d，口服；路丁 20～40mg/次，3 次/d，口服。

(四)免疫抑制剂：对肾型紫癜用其他药物治疗无效时，可考虑应用。

1. 硫唑嘌呤：50mg/次，2～3 次/d，维持量为 25～50mg/d。

2. 环磷酰胺：200mg 加生理盐水 20ml/d，静脉注射维持量为 50～100mg/d。

3. 6－巯基嘌呤：6～12mg/d，分次口服。

(五)止血药物：止血敏 0.25～0.5g/次，肌肉或静脉注射。安络血 10mg/次，3 次/d，或 10～20mg/次，2～3 次/d，肌肉注射。

(六)中医药治疗：

1. 发癜期用水牛角地黄汤(水牛角 30g、生地 30g、丹皮 9g、玄参 12g、金银花 12g、连翘 9g、大青叶 9g、丹参 9g、阿胶珠 9g)加减。风热加防风；夹湿加陈皮、半夏、薏苡仁，热症消退后用归脾汤加减。

2. 花生衣 9g，水煎服。

3. 红枣 10～20 枚，3 次/d，煎服。

4. 针灸合谷、曲池。腹痛加三阴交、太冲。

血 友 病

血友病是一种先天性凝血活酶生成障碍所致的遗传性出血性疾病。包括血友病甲(因子Ⅷ缺乏)、血友病乙(因子Ⅸ缺乏)、血友病丙(因子Ⅺ缺乏)。其中血友病甲最常见，占先天性出血性疾病的 85%；其次是血友病乙，血友病丙最少见。

【诊断要点】

(一)约半数患者有阳性家族史,如兄弟、姐妹的儿子、母系中的外祖父、舅父、姨表兄弟患有类似疾病。

(二)终身轻微外伤或手术后长时间出血倾向,反复发生关节出血、血肿甚至造成关节畸形或假性肿瘤。

(三)实验室检查:出血时间、血小板计数、血小板形态均正常;凝血时间重症者延长,轻症者大多正常。部分凝血活酶时间(APTT)延长,凝血酶原时间(PT)、凝血酶时间(TT)和因子Ⅷ相关抗原正常。

【治疗】

(一)替代疗法:补充凝血因子。

1. 输24h内新鲜血或新鲜血浆,每次300~1 000ml,大剂量输液可加重循环负荷引起心衰、肺水肿,应予注意。

2. 抗血友病球蛋白浓缩剂及高浓度浓缩物。

(二)DDAVP:用于轻症血友病甲的患者,有促进因子Ⅷ释放的作用。0.3μg/kg体重,静滴;1μg/kg体重,滴鼻。

(三)肾上腺皮质激素:强的松,60~80mg/d,用3~5d后减为30~40mg/d,不宜长期使用。

(四)抗纤溶药:常用于舌咬伤出血、硬膜下出血、关节出血、拔牙后出血。

1. 6-氨基己酸:4~6g/次,加液体内静脉点滴。

2. 止血环酸:250~500mg,加5%葡萄糖60ml,静脉注射。

(五)其他止血药:安络血2.5~5mg/次,3次/d,口服;5~10mg/次,肌肉注射或静脉注射。也可用花生米或花生衣浸出液口服。

(六)口服避孕药炔诺酮:1mg/次,2次/d,可升高因子Ⅷ、因子Ⅸ,改善出血倾向,副作用较大。

(七)局部止血方法:局部压迫,冰袋冷敷,副肾素、血管加压素局部喷洒;凝血酶、纤维蛋白原、纤维蛋白海绵局部贴敷;新鲜血浆局部输注;中药止血粉(含马勃、云南白药、参三七、丝瓜叶粉)外敷。

(八)并发症的处理:

1. 深部组织血肿和关节出血:绷带压迫止血,患肢抬高夹板固定,早期应用抗血友病球蛋白浓缩剂,也可短程应用肾上腺皮质激素。出血停

止后要早期适当活动，如受累关节已发生畸形活动受限者，应做理疗或考虑手术矫正。

2. 肌肉和肌筋膜下出血：输给足量抗血友病球蛋白（AHG）浓缩剂，以防神经受损。

3. 颅内出血：输注凝血因子、AHG 浓缩剂和新鲜血或血浆。

4. 消化道出血：禁食、口服去甲肾上腺素冰水（8mg 去甲肾上腺素+冰水 80ml），1 次/h，输足量 AHG 或大量输血。

5. 舌咬伤：局部止血，同时补充凝血因子。

【预防】

（一）对血友病家族中的女性成员做因子Ⅷ活性测定，确定是否传递者。在传递者的妊娠早期做羊水细胞染色体分析，保留女胎，放弃男胎。

（二）用胎儿镜直接采胎血测定因子Ⅷ、Ⅸ活性，中止患病胎儿。

（三）对可疑患者术前应详细询问病史并检查，避免意外。

血管性假血友病

血管性假血友病是一种较常见的先天性出血性疾病，由于因子Ⅷ相关抗原缺乏、血小板和止血功能异常，血小板粘附性降低。为常染色体显性遗传性疾病，男女均可患病，双亲均能传递。

【诊断要点】

（一）自幼即发生出血倾向，多为皮肤粘膜出血，月经量多，关节腔、颅内出血少见，随年龄增长而减轻。

（二）约半数有家族史。

（三）出血时间延长，部分凝血活酶时间延长，血小板粘附试验异常。

【治疗】

对轻型患者采用局部止血法，出血严重者须补充Ⅷ因子或新鲜血浆，月经过多者服用避孕药可减少月经量，禁用抗血小板药物（如阿斯匹林、保太松、消炎痛、潘生丁、前列腺素 E、低分子右旋糖酐等）。DDAVP 有助于轻型患者的治疗。

播散性血管内凝血

播散性血管内凝血（简称 DIC）是许多疾病发展过程中的一种出血综

合征，其发病特点是在致病因素的促发下，在微循环中发生血小板凝集和纤维蛋白沉积，形成弥漫性血栓，从而消耗大量凝血因子和血小板，引起继发性纤维蛋白溶解和微循环及内脏器官功能障碍，导致出血、休克、器官损害等一系列临床表现。由于DIC直接影响许多疾病的转归及预后，因此控制DIC对原发病的治疗有非常重要的作用。

引起DIC的病因有：①严重感染（细菌、病毒、寄生虫、真菌等）；②病理产（羊水栓塞、胎盘早剥、葡萄胎、死胎滞留）、急性溶血、急性白血病、毒蛇咬伤等；③休克（心源性、外伤性、过敏性）、大面积烧伤、中暑、肾炎、溶血尿毒综合征等；④青紫型先天性心脏病，脂肪栓塞、巨大血管瘤等。

【诊断要点】

（一）有易引起DIC的原发病。

（二）反复多部位的出血或渗血。

（三）顽固性休克。

（四）肢体发绀或栓塞表现，尿少尿闭，呼吸循环衰竭。

（五）血液不凝固或并发出血现象。

（六）实验室检查：血小板少于10万/μl，凝血酶原时间延长，纤维蛋白原减少至200mg%以下，并发现红细胞碎片，3P试验阳性。上述检查有3项以上异常者，即可做出诊断。

【治疗】

（一）积极有效地治疗原发病，去除病因：

1．控制感染；清除子宫内容物，纠正低血压和酸中毒。

2．改善微循环：解除微动脉痉挛，降低血液粘稠度。

（二）抗凝疗法：用于DIC的高凝血期和消耗性低凝血期，是阻断DIC病理过程的主要疗法。

1．肝素：首次剂量10 000u，间歇性或持续性静脉点滴；此后3 000～5 000u，每6h 1次，静脉点滴，2d后改为口服，用药3～5d。

适应证为诊断明确、有微循环障碍或出血症状进行性加重而病因又不能迅速去除或控制者。

禁忌证为蛇咬伤、DIC后期伴继发性纤溶亢进为主的出血。

2．复方丹参：10～30ml加入5%葡萄糖200ml静脉点滴，2～3次/d。

（三）补充凝血因子和血小板：输新鲜全血或血浆，也可输血小板悬

液，但必须在肝素抗凝的基础上应用。

（四）抗纤溶疗法：适用于继发性纤溶亢进期，在消耗性低凝血期可有继发性纤溶交叉出现，在应用肝素的同时慎重使用小剂量抗纤溶药物。

1.6 氨基己酸：首次4～6g溶于100ml生理盐水内静脉滴注，此后1g/h，8h后停药，24h总量不大于30g。

2. 止血芳酸：100～200mg加入葡萄糖或生理盐水内缓慢静滴。

3. 止血环酸：0.25g加25%葡萄糖20ml，静脉注射1～2次/d。

（五）抗血小板凝聚药物：

1. 阿斯匹林：1.2～1.5g/d，分次口服。

2. 潘生丁：0.2～0.3/d，分次口服。

3. 苯磺唑酮：0.4～0.8/d，分次口服。

（六）溶栓药：尿激酶4万～24万u/24h，静脉点滴。

（七）肾上腺皮质激素：强的松40～60mg/d，与其他药物配合使用。

（八）中医中药：以活血化瘀为主。热盛瘀血型用清热败毒饮和血府逐瘀汤加减；气虚血瘀型用独参汤或与血府逐瘀汤同时应用；血虚血瘀型用当归补血汤和血府逐瘀汤。

白细胞减少症和粒细胞缺乏症

当周围血液的白细胞持续低于4 000/μl以下时，称白细胞减少症。因为主要是粒细胞减少，故又称为粒细胞减少症。当周围血液中白细胞总数明显减少、少于2 000/μl而中性粒细胞少于1 000/μl时，称为粒细胞缺乏症。

【诊断要点】

（一）确定有粒细胞缺乏：化验粒细胞数：成人＜1 800/μl；儿童＜1 500/μl；婴儿＜1 000/μl。

（二）病史：有无化学物质、放射线、药物等接触史，既往有无粒细胞减少的发作，有无阳性家族史。

（三）临床表现：急性者病情急重，高热、寒战、咽部感染；慢性者症状轻，乏力、多汗、失眠。肝、脾、淋巴结肿大。有原发病的表现。

（四）骨髓检查观察粒细胞形态和各成熟阶段情况，甚为重要。

【治疗】

(一)病房须严格消毒,注意口腔及饮食卫生。

(二)病因治疗:停用可引起粒细胞减少的药物,脱离有害环境。

(三)控制感染:根据咽拭子、血培养及药物敏感试验,尽早应用有效抗生素。

(四)使用升粒细胞药物:

1. 维生素 B_4:10～20mg/次,3 次/d,肌肉注射或口服。

2. 辅酶 A:50～100u/次,1～2 次/d,肌肉注射。

3. 利血生:20mg/次,3 次/d,口服。

4. 核苷酸:100mg/次,3 次/d,口服。

5. 白血生:200～300mg/次,3 次/d,口服。

6. 碳酸锂:0.6～0.9g/d,分 3 次服,显效后减量为 0.4g/d,分 2 次服,维持 2～4 周。

(五)中医治疗:

1. 白细胞减少的中医治疗:

(1)气阴亏损:面色少华,神疲乏力,头昏目眩,五心烦热,失眠盗汗,舌质红、苔红剥,脉细弱。治法:益气养阴。方药:生脉散加黄芪、黄精、鸡血藤、地骨皮、山药、枣仁、甘草。

(2)脾肾阳虚:证治参见再生障碍性贫血。方药:右归丸合黄芪建中汤。

2. 粒细胞缺乏症的中医治疗:

(1)毒犯肺卫:起病急骤,恶寒发热,头痛汗出,咽喉红肿疼痛,舌红、苔薄黄,脉浮数。治法:辛凉解表,清热解毒。方剂:银翘散加柴胡、黄芩、板蓝根、石膏、虎杖。

(2)热毒炽盛:寒战壮热,头痛,大汗出,口渴烦躁,咽峡或生殖器附近皮肤溃烂,颌下及腹股沟淋巴肿痛,舌绛、少津、苔黄厚,脉弦数有力。治法:泻火解毒,凉血救阴。方剂:清瘟败毒饮加板蓝根、酒军、虎杖。神昏谵语者,加安宫牛黄丸或紫雪丹。

(3)阴伤邪恋:热毒渐退,午后低热,口及咽喉或生殖器附近皮肤溃烂未痊愈,疲乏,纳差,口渴,舌红、少津、苔薄黄干,脉细数。治法:滋阴生津,清热养胃。方剂:沙参麦冬汤加生地、石斛、玄参、青蒿、连翘、虎杖。

(六)针灸治疗：

1. 体针：主穴取足三里、三阴交、脾俞。发热配曲池，合谷、大椎。用泻法，适用于白细胞减少症。主穴取足三里、合谷。配穴取大椎、复溜、胆俞。主、配穴交替选用，用平补平泻法。适用于粒细胞缺乏症。

2. 耳针：取肝、肾、内分泌，肾上腺。每次选 2～3 穴，轻刺激，留针 30～60min，1 次/d，10 次为 1 疗程。

3. 灸法：取大椎，肝俞，膈俞、脾俞、命门、足三里。艾条温和灸，每穴 5～10min；或用艾炷灸，每穴 3～5 壮。每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

4. 穴位注射法：取足三里、悬钟穴。维生素 B_1 穴位注射，每穴各 1ml，1 次/d，1 周为 1 疗程。间歇 3～5d 再重复。

5. 推拿法：

(1)患者坐位，医者以双手拇指点按肺俞、肾俞。医者一手握患者腕部，另一手施用揉拿手三阴法，点按孔最、劳宫。适用于气虚型。

(2)患者坐位，医者以双手拇指点按脾俞、胃俞。嘱患者仰卧位，施用推脾运胃法，提拿足三阳法，点按足三里、隐白、三阴交。适用于阴虚型。

(七)单验方：虎杖 20g。浓煎，口服。

类白血病反应

类白血病反应是机体因受某种刺激、造血系统出现异常反应的一种综合征。表现为周围血液中白细胞显著增多，有幼稚细胞等类似白血病的血象反应。随着原发病的好转，类白血病反应迅速消失，预后良好。最多见于各种感染和恶性肿瘤，其次是中毒、过敏反应、大出血、急性溶血等。

【诊断要点】

(一)具有原发病的症状和体征，若原发病灶消除，类白血病反应完全消失。

(二)血象：血小板和红细胞一般正常，粒细胞有严重的毒性变(毒性颗粒、空泡)，尤其是感染所致者。白细胞计数可分为增多型(5 万～20 万/μl)和不增多型(出现幼稚细胞)。

(三)中性粒细胞碱性磷酸酶和糖原染色均显著增高，而在粒细胞性白血病时二者均正常或低于正常。

(四)骨髓象:增生明显活跃,伴核左移,嗜酸粒细胞以成熟型为主,无形态异常。

【治疗】

因原发病不同而异。应积极寻找治疗原发病,癌肿引起者也应积极治疗使病情缓解或减轻。

急性白血病

急性白血病是指起病急骤、骨髓和周围血液中主要的白细胞是原始细胞的一组疾病(急性淋巴系、急性粒细胞系、急性单核细胞系),病因和发病机理复杂,目前还不十分清楚,与病毒感染、放射线及化学毒物、遗传等因素有关。本病预后不良,未经治疗者自然病程仅几个月。

【诊断要点】

(一)病情危重进展迅速。

(二)进行性贫血,反复感染发热,遍及全身的出血。

(三)淋巴结、肝、脾肿大。

(四)胸骨下端局限性压痛、四肢关节痛或骨痛。

(五)神经系统受浸润时出现头痛、呕吐、抽搐、视力模糊,视神经乳头水肿、颅神经损害、脊髓损害可引起相应的症状和体征。

(六)生殖系统受浸润时,一侧睾丸肿大、阴茎异常勃起。

(七)实验室检查:

1. 血象:白细胞总数 5 万/μl,少数高于 10 万或低于 1 万,主要是原始和早幼细胞(占 2%～100%);贫血呈正细胞型;血小板减少(5 万/μl 以下)。

2. 骨髓:白血病细胞增生活跃,原始细胞高达 99%,幼红细胞和巨核细胞系列均显著减少。是确诊的重要依据。

【治疗】

基本原则是:①消灭或控制白血病细胞的大量增殖,解除因白血病细胞大量浸润而发生的临床症状,即缓解诱导;为了使白血病患者的血象、骨髓象、临床症状体征基本恢复正常,缓解后尚需进行巩固强化治疗;②治疗方案必须根据病情和患者的全身状况灵活掌握;③为了防止感染、出血,保证化疗的顺利进行,必须加强支持疗法。

(一)支持疗法:加强营养和护理,卧床休息,注意饮食卫生,特别要注意口腔卫生,如有感染应针对病原菌应用抗生素治疗,要用杀菌剂,静脉给药,但不宜做预防性用药。严重出血、贫血者,可考虑输血、用止血药。

(二)化学药物:常用化疗药物有强的松(缩写为 P)、长春新碱(VCR)、6 巯基嘌呤(6 MP)、6-硫鸟嘌呤(6-TG)、氨甲喋呤(MTX)、阿糖胞苷(Ara-C)、L-门冬酰胺酶(ASP)、柔红霉素(DNR)、阿霉素(Adr)、三尖杉酯碱(H)、环磷酰胺(CP)等。常用治疗急性白血病的方案如下。

1. 诱导缓解阶段:根据白血病的种类不同,采取不同的药物。

(1)急淋:

柔红霉素+长春新碱+强的松。

长春新碱+阿霉素+强的松。

(2)急非淋:

三尖杉酯碱+长春新碱+阿糖胞苷+强的松。

6 硫鸟嘌呤+柔红霉素+阿糖胞苷+强的松。

2. 巩固维持阶段:

(1)急淋:

巩固:阿糖胞苷+6-硫鸟嘌呤+L-门冬酰胺酶。

维持:6-MP+氨甲喋呤或环磷酰胺。

强化:长春新碱+强的松。

(2)急非淋:

甲氨喋呤+6-MP+环磷酰胺。

(三)免疫治疗:治疗目的是调动机体防御能力,从而达到抑制白血病细胞生长的目的。常用制品有卡介苗、白血病性细胞瘤苗、同种异体细胞等,与化疗结合称之谓免疫-化学治疗。

(四)骨髓移植:尚处于探索阶段,如能获得成功,可望完全治愈。

(五)中医治疗:

1. 血热:出血明显(鼻衄、齿衄、皮肤紫癜、瘀斑等)并有发热、头痛、唇焦,舌质红,脉数等证。治法:清热解毒,凉血止血。方药:犀角地黄汤加减。如见高热、烦躁、口渴、汗出等证者,属于气分热毒炽盛,可用黄连解毒汤合石膏知母汤(原名白虎汤)以解毒清热;如见高热神昏,可用紫雪

丹、至宝丹等。

2. 气阴两虚：低热乏力，自汗出，纳食不多，齿衄，口渴，舌苔花剥、舌质红，脉细数。治法：益气养阴。方药：人参 9g（或用北沙参 15g）、天冬 30g、麦冬 15g、生地 30g、知母 10g、地骨皮 15g、甘草 6g。如阴虚较明显可加入炙鳖甲 15g、炙龟版 10g。如年老之体，或病久而成阳虚者，可用右归丸合四君子汤治疗，以达温阳益气目的。

（六）单验方：

1. 土大黄 30g，水煎服，1 剂/d。

2. 白花蛇舌草 30g、半枝莲 15g，水煎服，1 剂/d。

3. 龙葵 10g、茯苓 12g、竹叶 6g，水煎服，1 剂/d。

慢性粒细胞性白血病

慢性粒细胞性白血病是粒细胞系列发生缓慢性增生并浸润全身各组织，增生的细胞主要为比较成熟的中幼及晚幼粒细胞。本病多见于成年人，起病缓慢，早期多无明显症状，因其他疾病就诊时发现脾脏肿大、白细胞增多而确诊。

【诊断要点】

（一）肝脾肿大尤以脾大为著，可占满腹腔伸入盆腔，压迫胃引起腹胀，胃纳减少；脾栓塞、脾周围炎时出现左上腹疼痛、压痛、摩擦感。

（二）胸骨压痛及胫骨、肋骨及全身骨骼隐痛。

（三）多有乏力、消瘦、出汗、脉速、怕热等基础代谢增高表现。

（四）出血多见于牙龈、口腔、鼻腔、胃肠道、阴道。

（五）实验室检查：

1. 血象：多数中等度贫血，血红蛋白小于 10g%，女性患者多有小细胞低色素性贫血。未经治疗者白细胞 10 万～25 万/μl，有时高于 100 万/μl，多数为成熟中性粒细胞，有数量不等以中幼粒细胞为主的幼稚细胞，可见少量早幼粒细胞和原始细胞，嗜酸、嗜碱细胞均增加。

2. 骨髓象：呈增生极度活跃，有核细胞数显著增多，其中主要是中幼、晚幼粒细胞，原始粒细胞和早幼粒细胞不大于 10%，嗜酸、嗜碱细胞增多，红细胞系增生大致正常，巨核细胞早期增多，晚期则减少。

3. 白细胞碱性磷酸酶活性明显下降，用马利兰治疗后可以上升。

4. 血清维生素 B_{12} 浓度和 B_{12} 结合力显著增高。

[附]慢粒急变的诊断要点

(一)原因不明的高热,各种抗生素治疗无效,贫血、出血加重。

(二)骨和关节疼痛明显,胸骨压痛阳性。

(三)脾脏增大迅速。

(四)骨髓或血象中原粒及早幼粒细胞增多至30%～80%以上。

(五)马利兰治疗效果差。

(六)碱性磷酸酶积分高。

[治疗]

无症状、白细胞数接近正常者要定期观察,一般不做处理。

(一)化学疗法:

1. 马利兰:4～8mg/d,早餐前1次口服。用药时每周查白细胞1次,当白细胞计数降至2万/μl时,宜暂停服药,待计数稳定后再以小剂量维持。副作用是肺纤维化、皮肤色素沉着、精液缺乏、停经等。

2. 羟基脲:3g/d,口服,当白细胞降至2万/μl左右时,将剂量减少一半;降至1万/μl时,将剂量再减少,维持量0.5～1.0g/d。优点是作用快,如果用药后白细胞数下降过多,停药后能很快上升,副作用少。缺点是缓解期短,并需经常验血以指导治疗。

(二)放射治疗:

1. 用深部X线脾区照射。适用于病情发展快、白细胞急剧增多、脾及淋巴结显著增大者。副作用是恶心、呕吐、食欲不振、皮肤色素沉着、骨髓抑制。

2. 放射性磷(^{32}P):适用于深部X线及马利兰治疗无效者,可口服或静脉注射,使用方便但疗效差,对慢粒急性变者无效。

(三)脾切除:对脾切除目前意见尚不一致,有人认为选择性切脾可以延缓急性变的发生,延长患者生命。

(四)干扰素:α干扰素有效,但副作用多,价格高,尚处在研究阶段。

(五)白细胞去除术:适用于化疗前白细胞大于50万/μl者,可先用白细胞分离机将白细胞去除,避免白细胞阻塞微血管引起脑血管病。

(六)中医治疗:

1. 瘀血内阻:形体消瘦,面色不华,胁下症块,按之坚硬,时有胀痛。

有的表现为午后发热，手足心热，舌质红，脉细数。有的表现为神疲乏力，舌质淡、形胖有齿印，脉细。治法：活血化瘀。方药：膈下逐瘀汤。如见阴虚者，酌加清热散瘀药猪秧秧、半枝莲、半边莲、牡蛎等；如见气血两虚者，酌加党参、黄芪、白术、熟地等益气补血药。

2. 气血两虚：面色㿠白，倦怠乏力，眩晕，心悸、气促、踝肿，时有鼻衄、齿衄、皮下出血、便血，舌质淡红、形胖、苔薄，脉濡细或弱。治法：益气养血。方药：归脾汤合八珍汤加减。

3. 血热：参见急性白血病。

（七）单验方：

1. 当归芦荟丸，每天服 3～4 丸。有腹痛，腹泻者，可加服红枣 5～6 个，2 次/d。此药无骨髓抑制作用。开始显效时间为 17～30d。对病程短者疗效好。

2. 土大黄 60g，水煎服，1 剂/d，分 2 次服。

3. 苦参 15g，水煎服，1 剂/d。

4. 洗碗叶根 10g，水煎服，1 剂/d。

慢性淋巴性白血病

慢性淋巴性白血病是 B 淋巴细胞在体内异常增生和蓄积并伴有免疫功能低下的疾病。男性多见，部分患者有家族史。临床首发症状为淋巴结肿大，其次为乏力、消瘦，晚期出现贫血及出血倾向。

【诊断要点】

（一）发病年龄多在 50 岁以上。

（二）起病缓慢，早期常无自觉症状；常因其他疾病查血时发现。可有倦怠、体力活动时气促、低热、盗汗、易患感染等。

（三）全身淋巴结，特别是颈淋巴结肿大，表面光滑、坚实，无粘连及压痛、晚期成串成堆，直径达 2～3cm，常有压迫症状，如纵隔淋巴结肿大引起支气管压迫而咳嗽、肺炎等。

（四）皮肤损害：皮肤呈紫红或棕红色结节或增厚，可见瘙痒、荨麻疹、红斑、湿疹、丘疹、疱疹、带状疱疹。

（五）感染：最常见为呼吸道感染；其次为泌尿系、胆道，重者可致败血症和双重感染。

(六)贫血:随病情进展逐渐加重,常可发生自身免疫性溶血性贫血。

(七)其他浸润症状:浸润肺、胸膜、胃肠道引起的相应症状,如胸痛、咳嗽、腹痛、消化道出血等。

(八)实验室检查:

1. 血象:白细胞总数 1.5 万~5 万/μl,分类中小淋巴细胞占 65%~75%,晚期占 90%~98%。贫血早期轻微,晚期逐渐加重,发生溶血时贫血加重,网织红细胞增高。血小板数量偏低。

2. 骨髓象:淋巴细胞显著增多,占 50%~100%,正常的粒系、红系、巨核细胞系均减少,发生溶血时幼红细胞增多。

3. 免疫学异常:血清 γ 球蛋白减少。

(九)慢淋急变的诊断要点:

1. 表现急性白血病的症状和体征:严重出血、发热、明显浸润

2. 原始和幼稚细胞增多。

3. 呈某类型白血病的表现。

(十)临床分期:为了指导治疗和估计预后,临床上分为 3 期。

A 期:血象中淋巴细胞≥15 000/μl,骨髓中淋巴细胞≥40%,淋巴结肿大少于 3 个区域。

B 期:血象和骨髓象同上,淋巴结肿大累及 3 个或更多区域。

C 期:血象和骨髓象同上,但有贫血和血小板减少,淋巴结累及范围不计。

【治疗】

本病进展缓慢,故不应在血象发生淋巴细胞增高时急于治疗。A 期无需治疗,B 期以上才有治疗指征。治疗指征是:①骨髓检查三系减少;②有并发症;③有压迫症状。

(一)化疗:

1. 苯丁酸氮芥(瘤可宁)为首选,6~12mg/次(每日 0.2~0.3mg/kg 体重),饭后服。若骨髓增生低下者减量,每日 0.1mg/kg 体重,连用 4 周,维持量为 2~4mg/d。副作用为骨髓抑制、胃肠功能紊乱。

2. 环磷酰胺:每日 2~5mg/kg 体重,与强的松同时用疗效更佳。

3. 强的松:30mg/d,分次口服。

4. 联合化疗:瘤可宁+强的松或环磷酰胺+阿糖胞苷。

(二)放疗：用^{60}钴照射，用于浅表或深部淋巴结肿大、脾大经上述化疗效果不佳者；有压迫栓塞症状者

(三)反复感染或严重感染，除用抗生素外，可给予γ球蛋白注射。

(四)急变者根据白血病细胞类型使用相应化疗方案治疗。

淋 巴 瘤

淋巴瘤是发生于淋巴结或淋巴组织的恶性肿瘤，有淋巴细胞或(和)组织细胞的大量增生。临床特征为无痛性、进行性淋巴结肿大和脾肿大，不规则发热，晚期有恶病质和贫血表现。淋巴瘤分为何杰金淋巴瘤(简称何杰瘤)及非何杰金淋巴瘤(简称非何淋)2大类。

【诊断要点】

由于病变部位及范围不同，临床表现比较复杂，实验室检查大多缺乏特异性，因而诊断比较困难。为了便于制订合理的治疗方案，诊断应包括：①肯定淋巴瘤的类型；②决定病变累及的部位及范围。

(一)临床症状和体征：

1. 慢性进行性无痛性淋巴结肿大，可排除炎症和结核。

2. 肝脾肿大，腹痛腹泻腹部包块。

3. 不规则发热或特征性周期热、盗汗乏力。

4. 皮肤损害：①特异性损害：肿块、皮下结节、浸润性斑块、溃疡、丘疹、斑疹；②非特异性损害：皮肤瘙痒症及痒疹、带状疱疹、鱼鳞病、剥脱性红皮病等。

(二)实验室检查：血象：何杰瘤血象变化发生较早，白细胞计数正常，中性粒细胞核左移。嗜酸细胞增高40%～50%。血沉快，血钙增高，可见贫血及免疫性溶血。肿瘤组织中可找到R－S细胞。非何淋白细胞计数多正常，伴有相对或绝对性淋巴细胞增多。

(三)手术诊断：

1. 淋巴结活组织检查有肯定诊断意义。

2. 诊断性剖腹探查，可同时切除脾脏，明确诊断。

3. 如有皮肤损害，可做病变皮肤活检。

(四)X线诊断：胸部正位及侧位X线摄片，淋巴造影，淋巴瘤表现为淋巴结肿大伴造影剂泡沫样分布或斑点状凝聚、中心充盈缺损以及淋巴

管堵塞等征象。

(五)放射性核素诊断:肝脾骨骼扫描或闪烁造影。

(六)疾病分期:

Ⅰ期:病变仅限于1个淋巴结区。

Ⅱ期:病变累及横膈同一侧2个或更多淋巴结区。

Ⅲ期:病变累及横膈上下淋巴结。

Ⅳ期:病变累及淋巴器官或组织。

各期按患者有无全身症状,分为A、B 2组:A组无全身症状,B组则有。

[治疗]

(一)放疗:用^{60}钴照射有效,最好用直线加速器。

(二)化疗:适用于不适合放疗者,病变已达Ⅲ、Ⅳ期者,在紧急情况下需要迅速解除压迫症状者;作为Ⅰ、Ⅱ期患者放疗的辅助疗法。

1. 何杰瘤的化疗方案:

氮介:4mg/m^2,静脉注射,第1d及第8d。

长春新碱:1~2mg,静脉注射,第1d及第8d。

甲基苄肼:每日70mg/m^2,口服,第1~14d。

强的松:40mg/d,口服,第1~14d。

2. 非何淋的化疗方案:

(1)环磷酰胺:600mg/m^2,静脉注射,第1d。

长春新碱:1~2mg,静脉注射,第1d。

强的松:40mg/d,口服,第1~5d。

5d为1疗程,间歇16d,可继续给药。

(2)争光霉素:4mg/m^2,静脉注射,第15d及第21d。

阿霉素:15mg/m^2,静脉注射,第1d及第8d。

环磷酰胺:400mg/m^2,静脉注射,第1d及第8d。

长春新碱:1~2mg,静脉注射,第1d及第8d。

强的松:40mg/d,口服,第15~28d。

每疗程为28d,可连续治疗,共计6疗程。

(三)中医治疗:

1. 寒痰凝滞:颈项耳下肿核,不痛不痒,皮色不变,坚硬如石,不伴发

热;或形寒怕冷、神疲乏力,面色苍白少华。脉沉细,苔白。治疗:用阳和汤加小金丹内服。

2. 气郁痰结:胸闷不舒,两胁作胀,脘腹结瘤,颈、腋及腹股沟等处作核累累,皮下硬结,消瘦乏力,脉沉弦或弦滑,舌质淡红、苔白或舌有瘀点。治法:舒肝解郁,化痰散结。方剂:舒肝溃坚汤。

3. 血燥风热:口干烦躁,发热恶热,皮肤瘙痒,血虚内燥,毒热内盛,大便燥结,尿黄量少,皮肤红斑,硬结。脉细沉而数或细弦,舌质红、苔白黄。治法:养血润燥、疏风解毒。方剂:消肝芦荟丸。

4. 肝肾阴虚,气血双亏:五心烦热,午后潮热,腰酸腿软,疲乏无力,纳少胃胀,面苍白少华,体形消瘦,多处淋巴结肿大。脉细数而弱,舌质红或淡红、苔薄。治法:补气养血、滋补肝肾。方剂:和荣散坚丸。

(四)针灸治疗:

1. 体针:主穴取章门、天井、足临泣。配穴取期门、脾俞、阴陵泉,用泻法,适用于寒痰凝滞;梁门、天枢、足三里,灸法。适用于脾肿大者。

2. 敷贴法:松香 250g,大枫子 42g,木鳖子仁 10 个,杏仁 6g,铜绿 6g,巴豆仁 10 个,乳香、没药各 12g。外用膏药,温热化开,贴于淋巴结肿大处。

(五)饮食疗法:大白菜与羊肝各 100g,分别切成细丝;粳米 100g 淘净下锅,加清水上锅烧开,入羊肝丝、白菜丝同煮成粥,再放入盐、葱、姜、味精、麻油各少许,煮熟拌匀即成。

多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。由于异常增生的浆细胞的浸润,引起骨骼破坏、肾脏损害和贫血。

【诊断要点】

(一)中年以上腰骶部或季肋部疼痛,随病情进展逐渐加重,常发生自发性骨折、骨畸形、多发性骨髓瘤。

(二)易感染和反复发热,贫血,出血,慢性肾功能衰竭。

(三)中度贫血,血沉增快,骨髓中出现大量骨髓瘤细胞是诊断的确定条件;血清中 M 球蛋白成分出现;血钙增高;凝溶蛋白尿、血尿、管型尿。

(四)X 线检查显示骨质疏松、溶骨性病变和病理性骨折。

(五)活组织检查发现骨髓瘤细胞可以确诊。

【治疗】

(一)一般治疗:鼓励患者尽可能下床活动,纠正贫血,控制感染,防止病理性骨折。

(二)化学疗法:环磷酰胺每日 2～3mg/kg 体重,用 2 周,维持量减半;左旋苯丙氨酸氮介每日 0.1～0.15mg/kg 体重,同时服用强的松,共 7d。还可用环磷酰胺、左旋苯丙氨酸氮介联合化疗。

(三)放射治疗:适用于局限性骨髓瘤及有脊髓压迫症、截瘫、椎板切除减压后。

(四)激素:

1. 强的松:30～40mg/d,分次口服。

2. 丙酸睾丸酮:25mg/d 或间日用 25mg,肌肉注射。

(五)中医治疗:

1. 肝肾阴虚并气滞血瘀:胸胁疼痛,腰痛尤甚,轻则俯仰不便,重则痛剧不能转侧,肢体麻木,抬举无力,低热,头晕,口干,盗汗,五心烦热,舌质红有瘀斑、苔白或淡黄,脉细数。治法:补益肝肾,活血通络。方药:以生、熟地各 15g,山药 12g,女贞子 30g,云苓、丹皮各 12g,菟丝子 30g,赤芍、白芍各 12g,元胡 9g,白蔹 30g,蒲公英 30g,鸡血藤 15g,甘草 9g。辨证加减。

2. 脾肾两虚并痰热阻肺:咳逆汗出,气短动则加剧,痰稠不易咳出或吐黄痰,胸中窒闷,腰部胸胁剧痛,活动受限,纳呆,恶心或发热,舌苔黄腻,脉滑数。治法:益气养阴,清热祛痰定喘。方药:用生脉散,定喘汤加减。

3. 脾肾两虚,气滞血瘀:纳呆食少腹胀,疲乏无力,腰膝酸软、疼痛,骨疼甚,面黄少华,舌质暗红或淡红有瘀斑,脉沉弱或弦。治法:益气健脾补肾,活血通络。方药:以用党参、白术、云苓各 12g,陈皮 9g,杞果 15g,菟丝子 30g,川续断、怀牛膝各 12g,鸡血藤 30g,补骨脂 12g,丹参 30g,甘草 6g。辨证加减。

4. 肝肾气血亏损,热毒炽盛:除骨痛贫血等症外,并有高热,出血,舌质淡有瘀斑、苔黄,脉大而数。治法:清热凉血解毒。方药:犀角地黄汤、黄连解毒汤合清营汤或清瘟败毒散加减。

恶性组织细胞病

恶性组织细胞病是单核－巨噬细胞中的组织细胞恶性增生性疾病，来势凶险。临床特征为长期高热、肝脾淋巴结肿大、全血细胞减少及进行性衰竭，并且需要排除可以引起反应性组织细胞增生的疾病，如急性白血病、淋巴瘤、骨髓转移癌等。

【诊断要点】

（一）急骤起病，周期性、顽固性或持续性长期高热，用抗生菌和激素治疗无效。

（二）伴有肝脾淋巴结肿大。

（三）不明原因的进行性衰竭、贫血。

（四）实验室检查：

1．血象：白细胞减低或全血细胞减少，无白血病细胞，可见异常网状细胞。

2．骨髓象：可见到成片成堆的恶性组织细胞。

【治疗】

（一）西医治疗：目前尚无满意疗法，试用方法有环磷酰胺、长春新碱、强的松、甲基苯肼、阿霉素、氮介、6－巯基嘌呤化学药物单一或联合治疗。

（二）中医治疗：

1．热毒炽盛，迫血妄行：发病急骤，壮热口渴，面赤烦躁，肌肤发斑，甚至吐血、衄血、便血、尿血，舌红绛、苔黄，脉洪大。治法：清热解毒，凉血止血。方药：清瘟败毒饮加半枝莲、白花蛇舌草、大黄。

2．气血虚弱，痰瘀互结：面色萎黄，消瘦乏力，发热，胁下症块，颈、颌下、液下及腹股沟淋巴结肿大，舌质紫暗有瘀斑，脉沉细涩。治法：益气活血，化痰散结。方药：血府逐瘀汤加黄芪、党参、鳖甲、丹参。有黄疸者加茵陈；淋巴结肿大者加牡蛎、白芥子、制南星、浙贝母；衄血者加三七、大黄。

（三）针灸治疗：体针：主穴取期门、章门、三阴交、脾俞。祛黄疸配阳纲、腕骨；淋巴结肿大配支沟、肘尖。

（四）单验方：

1．鲜生地 60g、鲜藕 2 大节，洗净，捣烂取汁，冷饮。适用于各种出

血。

2. 鳖甲 18g、甲珠 3g，水煎服，1 剂/d。

第六节　内分泌系统与代谢性疾病

腺垂体功能减退症

本病又名西蒙－西汉综合征，是成人腺垂体分泌激素不足引起的症群，病因多种，临床表现多种多样，大都是多种垂体激素缺乏所致的复合症群。

【诊断要点】

（一）最常见的病因是产后大出血，造成垂体缺血坏死；其次为垂体肿瘤、严重感染、头颅创伤等。

（二）由促性腺激素不足及泌乳素分泌异常所致的症群，以产后无乳、乳房萎缩、长期闭经为本病特征。其次为产后毛发脱落，尤以腋毛、阴毛更明显。男子胡须稀少，常诉阳痿。男、女性欲均减退以至消失，检查呈生殖器萎缩；男子睾丸松软缩小；女子宫体缩小，年轻女子会阴部一似老年者。

（三）促甲状腺激素不足的症群表现为畏寒、皮肤干而粗糙，少弹性、少汗。较重病例呈典型粘液性水肿、食欲不振、精神抑郁、淡漠无情，有时精神显著失常，有幻觉、木僵，甚而躁狂如精神分裂症。

（四）促肾上腺皮质激素不足的症群表现为患者极度疲乏，体力孱弱，时有厌食、低血压、皮肤色素变浅、低血糖、低血钠等。

（五）辅助检查：

1. 血和尿中垂体促激素降低，提示内分泌功能减退的病因在下丘脑或垂体。但用下丘脑释放因子或其他垂体激素的兴奋试验时，则垂体病变者兴奋试验无反应，下丘脑病变者兴奋试验呈延迟反应。

2. 血和尿中靶腺激素及代谢物降低。当用垂体促激素连续兴奋数天后靶腺激素逐渐增高呈延迟反应。

【治疗】

（一）一般治疗：进食高热量、高蛋白质、维生素丰富食物，注意休息、

避免过劳，保持身心健康，避免精神激动，有贫血者可给以抗贫血药，严重者可输血。

（二）内分泌治疗：

1. 补充肾上腺皮质激素：最为重要，且应先于甲状腺等激素治疗，以免诱发危象。首选皮质醇（氢化可的松）30mg/d，以上午进服 20mg，下午 2 时进服 10mg 较为合理。

2. 补充甲状腺素：必须从小剂量开始，以免增加代谢率。干甲状腺片 15mg/d，应用 2～4 周后逐渐增加至 60～120mg/d，以后一直维持，少数患者每日需量 150～180mg。冬季严寒时，剂量宜稍增。甲状腺激素宜与糖皮质激素合并使用。

3. 补充性激素：①男性：睾丸酮或丙酸睾丸酮每周 2 次，25～50mg/次，肌注；②女性：育龄女性病情较轻者须采用人工月经周期治疗，如乙炔雌二醇 5～25μg、乙烯雌酚 0.5～1.0mg 或结合雌激素 0.6～1.25mg，每晚 1 次，共 20d，继以肌注孕酮 10mg/d 或甲地孕酮 10mg/d，共 5d，停药后可转经，可维持女性第二性征及性功能等。

（三）病因治疗：包括垂体肿瘤手术切除或放疗等。

（四）中医治疗：

1. 阴阳两虚，冲任失调：症状稍轻，口干喜热饮，便艰，舌瘦小、舌尖稍红，脉沉细。治法：双补阴阳，调理冲任。方药：六味地黄丸加味。

2. 肾阳不足，气血两亏：病情较重，有典型症状，舌淡胖，脉沉细弱。治法：温补肾阳，益气养血。方药：熟附块、肉桂、仙灵脾、锁阳、苁蓉、补骨脂、黄芪、党参、熟地、枸杞、川芎、炙甘草。

尿 崩 症

本病是由于抗利尿激素缺乏、肾小管重吸收水的功能障碍，从而引起以多尿、烦渴、多饮与低相对密度尿为主要表现的一种病症。本病是由于下丘脑－神经垂体部位病变所致（继发性），部分病例可无明显原因（特发性）。

【诊断要点】

（一）起病可急可缓，主要表现为多尿、烦渴与多饮。24h 尿量可多达 5 000～10 000ml 或更多，尿色淡如清水。

(二)尿相对密度一般低于1.005，不含蛋白及糖。严重失水时，相对密度可接近1.010。患者皮肤干燥，汗及唾液甚少，口干便秘。

(三)不饮水时，多尿仍能继续，迅速导致脱水、体重下降、头痛、虚脱。

(四)下列几种病引起的多尿各有特点，要注意鉴别。如糖尿病引起的多尿表现为血糖高、尿糖阳性、尿相对密度高；精神性多饮多尿多见于绝经期妇女，有精神不正常史，症状随情绪而有波动，注射长效加压素后数小时尿量减少、尿相对密度升高、口渴缓解；而肾性尿崩多为男孩，注射加压素后尿量不减少，尿相对密度不增加。

(五)辅助检查：

1. 禁水试验：正常人禁水一定时间后，尿量减少，尿相对密度增加。尿崩患者则由于抗利尿激素分泌不足或缺乏，尿量仍多，尿相对密度仍低。

2. 禁水加压试验：禁水一定时间(一般4～18h)后，当尿浓缩到最大渗透压而不能再上升时，注射水剂加压素。正常人尿渗压不在上升，但尿崩患者由于体内抗利尿激素缺乏，注射加压素后，尿渗透压可进一步升高。

3. 高渗盐水试验：正常人静滴高渗盐水后，随即尿量减少，尿相对密度增加。而尿崩患者尿量不减少，尿相对密度不增加。

[治疗]

(一)激素替代治疗：

1. 加压素水剂：5～10u/d，皮下注射，3～4次/d。

2. 鞣酸加压素：2～3u/d，肌注，可维持3～4d。具体剂量因人而异，慎防用量过大，以免产生水中毒。

3. 垂体后叶粉剂：鼻粘膜涂擦，20～50mg/次，作用可维持3～8h。

4. 1－脱氨基 8 右旋精氨酸加压素：5～10μg/次，鼻腔滴入，作用可维持8～20h，每日用药2次即可。

(二)其他抗利尿药物：

1. 氯磺丙脲：为口服降血糖药，对尿崩症也有效。100～300mg/次，晨1次口服。服药后尿量明显减少，尿渗压增高。

2. 酰胺咪嗪：系抗惊厥药，0.2g/次，2～3次/d，可使尿量明显减少，但不及前者。

3. 安妥明：为降血脂药，也具抗利尿作用，0.5～0.75g/次，3次/d。

4. 双氢克尿塞：25mg/次，2～3次/d，可使尿量减少一半。

（三）中医治疗：

1. 肾气亏损：多饮多尿，腰酸腿软，神疲乏力，耳鸣耳聋，舌淡，脉细弱。治法：补肾益气，佐以固涩。方药：右归饮加黄芪、党参、龙骨、牡蛎、金樱子、覆盆子。

2. 肾阴虚损：多饮多尿，低热，口干喜冷饮，皮肤干燥，形体消瘦，夜寐欠安，女性月经提前，舌红、少苔，脉细数。治法：养阴清热，佐以固涩。方药：知柏地黄汤、增液汤合生脉散。

（四）针刺治疗：主穴取三阴交、关元；配穴取肾俞、命门、气海。每次取2～3穴，强刺激，可有一定疗效。

（五）病因治疗：继发性尿崩症应尽量治疗其原发病。

甲状腺功能亢进症

本病也简称甲亢，是指甲状腺功能增高、分泌激素增多或因甲状腺激素在血循环中水平增高所致的一组内分泌病，病因多种。本文重点阐述弥漫性甲状腺肿伴功能亢进。

【诊断要点】

（一）本病多见于20～40岁的女性，食欲亢进而体重减轻，怕热、多汗、疲乏无力，性情急躁，情绪不稳，失眠，心动过速（睡后仍＞85次/min），皮肤潮红，湿热。收缩压增高，而舒张压降低，第一心音亢进。双手平伸有细速震颤。

（二）甲状腺肿大伴血管杂音。

（三）突眼：分2类：一为良性突眼，表现为眼裂增宽，目光炯炯有神，上眼睑挛缩，向下看时上眼睑不能随眼球向下转动。两眼看近物时向内侧聚合不良，向上看时前额皮肤不能皱起；另一类是恶性突眼，突眼度一般在19mm以上，眼睑不能闭合，结合膜和角膜经常暴露引起充血水肿，继而感染，可形成角膜溃疡与全眼球炎，以致失明。

（四）辅助检查：

1. 基础代谢率升高在＋15%以上，且增高程度与病情轻重相符合。

2. 甲状腺吸碘率：甲亢者3h＞25%，24h＞45%，高峰前移。

3. 血清总甲状腺素(TT_4)、血清总 T_3(TT_3)、游离甲状腺素(FT_4)和反 T_3(rT_3)都升高。

【治疗】

(一)一般治疗:确诊后应尽量减少精神紧张,避免精神刺激,补充足够热量和营养,必要时采用镇静剂(如利眠宁、安定等)。

(二)抗甲状腺药物治疗:常用药甲基及丙基硫氧嘧啶、他巴唑及甲亢平。

1. 适应证:

(1)病情轻、甲状腺较小的甲亢。

(2)年龄在20岁以下、孕妇,年老体弱或合并严重肝、心肾等病而不宜手术者。

(3)术前准备。

(4)甲状腺次全切除后复发而不宜用^{131}碘治疗者。

(5)作为放射性^{131}碘治后的辅助治疗。

2. 药物剂量、用法及疗程:可分3期:

(1)控制症状期:剂量宜足够并相对稳定。甲基或丙基硫氧嘧啶100mg/次,每8h 1次;他巴唑或甲亢平每次10mg,每8h 1次;连服2~3周,如症状不改善,可适当加大剂量,直到症状缓解。基础代谢率降到+20%以下或 T_3、T_4 恢复正常时即可减量。一般需1~3个月。

(2)减量期:每2~4周减1次,每次甲基或丙基硫氧嘧啶50~100mg,他巴唑、甲亢平5~10mg。

(3)维持剂量期:他巴唑5~15mg/d,甲基或丙基硫氧嘧啶50~100mg/d,如是维持1年半到2年。

3. 并用甲状腺素:服抗甲状腺药物后,若甲状腺继续增大、突眼加重,宜并用甲状腺激素。

(1)甲状腺片30~60mg/d。

(2)左旋甲状腺素50~100μg/d。

(3)三碘甲状腺原氨酸10~20μg/d。

以上3种制剂任选1种即可。

(三)放射性^{131}碘治疗:

1. 适应证:

(1)年龄较大的弥漫性、中度甲状腺肿患者

(2)不能耐受抗甲状腺药物或服药无效者。

(3)不能手术或手术后复发者。

2. 禁忌证:

(1)妊娠哺乳妇女。

(2)年龄在20岁以下者。

(3)有重度肝、心、肾功能衰竭或活动性肺结核者。

(4)血白细胞低于3 000/μl或中性低于1 500/μl者。

(5)恶性突眼症。

(6)甲状腺危象。一般在治疗2～4周后症状才减轻,甲状腺缩小,体重增加,3～4月后约60%可完全缓解,如半年后仍未缓解,应进行第2次治疗或辅以抗甲亢药物治疗。

(四)手术治疗:

1. 适应证:

(1)中重度甲亢,长期服药无效,停药后复发,不能或不愿长期服药者。

(2)甲状腺巨大有压迫症状者。

(3)结节性甲状腺肿伴甲亢者。

(4)胸骨后甲状腺肿伴甲亢。

2. 禁忌证:

(1)浸润性突眼。

(2)有较重心、肝、肾合并症,全身情况差不能耐受手术。

(3)妊娠3月前及6月后。

(4)轻症可用药物治疗者。但术后可能有并发症如伤口出血感染,甲状腺危象、喉上与喉返神经损伤,甲状旁腺暂时性及永久性功能低下伴手足抽搐、甲状腺功能低下等。

(五)恶性突眼防治:

1. 局部处理:戴黑眼镜以防强光和灰尘刺激,睡眠时用抗菌眼膏或眼罩,尽量防治角膜炎和结合膜炎。

2. 强的松10～30mg,3次/d,口服,于1个月后见效而渐减维持量,5～20mg/d,治程中要注意补充钾盐。

3. 环磷酰胺:6-MP 也可试用。可与强的松交替试用。

4. 甲状腺片:60～180mg/d,与抗甲状腺药合用。

5. 球后或垂体放射治疗,以抑制敏感性淋巴细胞,减少眶内球后浸润。

6. 近年有试用换血浆以去除免疫球蛋白与免疫复合物等因子,但此法尚属研究阶段。

(六)中医治疗:

1. 心肝火旺,胃火炽盛:症同前述。急躁易怒,心悸口干,善食易饥,舌红、苔黄,脉弦数。治法:清心泻肝,养胃生津。方药:消渴方加龙胆草、夏枯草、钩藤、石决明。

2. 肝阳化风,真阴内竭:症同前述。突发高热,烦躁谵妄,吐泻,舌红、苔黄,脉疾无力。治法:养阴固脱,镇肝熄风。方药:三甲复脉汤加减。

3. 心肝阴虚:症同前述。心烦少寐,易出汗,手指颤动,眼干目眩,舌红、苔薄,脉细数。治法:养心安神,滋阴柔肝。方药:天王补心丹加珍珠母、牡蛎、白芍、白蒺藜。

(七)针灸治疗:

1. 体针:以扶突、天鼎、天突、合谷、足三里、阿是穴为主,再辨证取穴。

2. 灸法:取天突、臂臑、膻中、风池、天府、中封。

3. 耳针:甲状腺、内分泌、神门、肝、肾、心。

4. 皮肤针:取甲状腺周围、颈部阳明经、少阳经、太阳经、督脉。

5. 挑治:取肺俞、心俞。每次1穴,交替施治。

6. 穴位注射:取心俞、肝俞、脾俞、胃俞、中脘。用维生素 B_1 针,每次选2～3穴。每穴注入0.5～1ml。

(八)推拿疗法:

1. 患者坐位,双手点按肝俞、心俞,揉拿手三阳经,点按内关、合谷、膻会;嘱仰卧,双手于胸中向两侧胁推运,点按天突、天鼎、天容。适用于气郁痰阻。

2. 患者坐位,揉拿手三阴经,点按内关、神门;嘱仰卧,推脾运胃,点按天突、水突、天容,提拿足三阴经,点按三阴交、丰隆。适用于痰结血瘀。

(九)单验方:

1. 昆布、海藻等量，水泛为丸，每次 10g，口服 3 次。

2. 夏枯草、郁金、黄精等量，水泛为丸，每次 10g，口服 3 次。

(十)饮食疗法：

1. 昆布 60g，1 剂/d，煮食。

2. 羊或猪甲状腺 1 副，荸荠 500g，煮汤服食。

亚急性甲状腺炎

本病又称巨细胞性甲状腺炎。一般认为可能由病毒感染所引起。多见于 20～40 岁女性。

【诊断要点】

(一)起病较急，病初多有上感病史，病程一般为 2～3 个月。

(二)可有精神紧张、心悸、多汗、怕热、手抖等甲亢症候群，但持续时间一般不超过 2 周。多次发作者功能可低下。

(三)甲状腺轻度肿大，常出现结节，质中有明显压痛，位于一侧，经过一段时间可消失，以后又在另一侧出现。

(四)辅助检查：

1. 早期血沉明显增快，血清 T_3、T_4 与血浆蛋白结合碘可暂时性升高。

2. 甲状腺吸碘率明显降低，与上述检查明显分离有重要诊断价值。

3. 甲状腺球蛋白抗体与甲状腺微粒体抗体不增高。

4. 非典型病例须依赖甲状腺穿刺活检确诊。

【治疗】

(一)一般对症治疗。

(二)对轻症患者可先采用消炎镇痛剂，如阿斯匹林 0.5～1.0g，2～3 次/d，口服；消炎痛 25mg，2～3 次/d，口服。疗程一般 2 周以上，过早停药易复发。

(三)对重症患者糖皮质激素疗效显著，常用强的松 10mg，3 次/d，口服。症状可迅速缓解，体温下降，疼痛消失，甲状腺结节也很快缩小或消失，用药 1～2 周后可逐渐减量，每周递减 5mg，疗程 2 个月。如停药复发可再治，可加用甲状腺片，60～120mg/d，持续 2～3 月后渐减而停用。如甲状腺摄^{131}碘率已恢复正常，停药后一般不再复发。

(四)本病属自限性，一般不需采用抗生素治疗人多能自行恢复。

(五)中医治疗：

1. 热毒炽盛：起病急骤，高热寒战，甲状腺肿大，疼痛及压痛明显，常波及耳、枕部，咀嚼和吞咽疼痛加剧，纳差乏力，舌红、苔黄，脉数无力。治法：清热解毒，软坚散结。方药：黄连解毒汤合四妙勇安汤加柴胡、牛蒡子、夏枯草、蒲公英、大蓟、浙贝母。

2. 痰热蕴结：畏寒发热，咽痛口渴，周身不适，甲状腺一侧或两侧漫肿，边缘不清，肤色如常，软有压痛，伴胸闷胁胀痛，易怒，舌苔黄滑，脉弦滑。治法：清热解毒，化痰软坚。方药：牛蒡解肌汤加青黛、浙贝母、丹参、虎杖。

3. 气血凝滞：甲状腺久肿，质坚有压痛，呼吸不畅，吞咽有障碍感，胸闷胁痛，烦躁易怒，舌黯红，脉沉涩。治法：活血化瘀，通络散结。方药：活络效灵丹加青陈皮、香附、川芎、浙贝母、郁金、川楝子。

4. 阴虚火旺：甲状腺肿大，心悸心慌，自汗手抖，心烦不眠，头晕目眩，五心烦热，面部烘热，腰膝酸软，舌红、少苔，脉细数无力。治法：滋阴清热，软坚散结。方药：补肝汤加牡蛎、昆布、太子参、百合、地骨皮、五味子。

慢性淋巴细胞性甲状腺炎

本病又称桥本甲状腺炎，是一种自身免疫性疾病。患者血清及甲状腺组织内有针对甲状腺抗原的抗体导致甲状腺组织损坏。发病多见于30～50岁的女性。

[诊断要点]

(一)起病缓慢，常有甲状腺病家族史。

(二)甲状腺肿大为双侧性，逐渐肿大，并以质地坚韧为特征(如触橡皮感)，轮廓清楚，表面光滑，与附近无粘连，局部无红、热感，一般无触痛。后期可逐渐出现甲减表现。部分患者可稍有甲亢的症候群。

(三)辅助检查：

1. 抗甲状腺球蛋白抗体和微粒体抗体呈强阳性，可达1:5 200以上。

2. 甲状腺扫描常示摄^{131}碘减少，且分布不均匀。

3. 血清白蛋白降低，γ球蛋白增高，肝功能絮状反应阳性，血沉加快。

4. 过氯酸盐排泌试验常显示阳性反应。

[治疗]

(一)甲状腺功能减退或正常者可用甲状腺制剂治疗。每日服甲状腺片 120～240mg,或 L-T_4 0.2～0.4mg,以不出现药源性甲亢为准,一般用药 2～4 周后,症状明显改善,持续用药 1～2 年至终身服用。

(二)甲状腺肿大明显而迅速或伴有压迫症患者可短期应用肾上腺皮质激素,强的松 10mg,3 次/d,以后递减,可用 1～2 个月。病情稳定后,仍用甲状腺制剂为主。

(三)对伴有甲状腺功能亢进者,可根据程度同时给予抗甲状腺药物和甲状腺制剂。前者小量应用,且密切观察功能状态,必要时及早停用。

(四)对于压迫症状明显经甲状腺制剂 2 个月以上治疗无效或其而继续增大者,应疑及同时伴有腺癌或淋巴瘤,可考虑手术治疗。术后继续补充甲状腺片。

(五)中医治疗:气虚痰结:起病缓慢,甲状腺肿大不痛,按之如橡皮状,伴神疲乏力、畏寒气短、全身浮肿等甲低症状,舌胖,脉沉缓。治法:益气健脾,消散痰结。方药:六君子汤合消瘰丸。

(六)针灸治疗:

1. 体针:取合谷、内关,隔日 1 次。局部肿痛明显加耳穴神门、交感。适用于病毒性炎。对淋巴性炎加脾俞、肾俞、关元、气海、足三里、三阴交,耳穴神门、交感。

2. 刺血疗法:少商,点刺出血。适用于热毒炽盛。

(七)贴敷:用川乌、乳香面、没药面、白芷各 60g,草乌 50g,急性子 160g,三七、麻黄、肉桂面、蜈虫、川芎、生马钱子、丁香面、紫草各 30g。将药置于 3 600g 芝麻油中煎熬至药枯,去渣滤净,再将其油加热至 240℃左右撤火,再兑入加热之黄丹 1 200g,搅匀、凝结,将药剂入凉水中浸泡15～20d(每日换水 1 次),以去火毒。用时隔火炖烊。摊在布上,贴敷颈前患处,5～7d 换药 1 次,以冬、春季用药为宜,大暖时 3～5d 换 1 次。

甲状腺功能减退症

本病亦简称甲减。是由多种原因引起的甲状腺激素合成分泌或生物效应不足所致的全身性内分泌病,按起病年龄可分 3 型:①功能减退始于

胎儿或新生儿称呆小病；②功能减退始于性发育前儿童者称幼年性甲减；③功能减退始于成人者称成年型甲减。

【诊断要点】

（一）成人甲减：

1. 一般症状：怕冷、无汗，皮肤干燥粗厚，色泽苍白或蜡黄，阴毛、腋毛脱落，食欲下降而体重增加。

2. 特征性面容：表情呆滞，面色苍黄，颜面浮肿，鼻唇增厚，头发稀疏干脆，眉毛脱落（尤以眉梢为甚），舌大声嘶。

3. 心血管系统：心动过缓（＜60 次/min），常属窦性，为本病特点。心脏扩大，心音减弱，久病者因血胆固醇增高易并发冠心，心电图示低电压与 T 波低平或倒置。血压大都正常，但脉压偏小。

4. 消化系统：厌食、腹胀、顽固性便秘。

5. 精神神经系统：迟钝嗜睡、智力减退，约 2/3 的患者诉头昏、目眩、耳鸣，夜盲也多见。脑电图呈 α 波、扁平低电压，病重者 α 波消失。

6. 其他：性欲减退，男性阳痿，女性月经过多，多不育，肌肉关节疼痛。

（二）幼年性甲减：症状随年龄而异，幼儿较多呆小病，较大儿童较似成人型。但患儿身材矮小，智能低下，但及早治疗部分症状可恢复。

（二）呆小病：

1. 初生儿症状不明显，但体重较重，不活泼，厌食，前额皱纹明显。

2. 随年龄增大发育障碍逐渐明显表现为身材矮小，两眼距宽，鼻梁扁塌，唇厚流涎，舌大外伸，智力低下、前囟大而关闭迟。

（四）辅助检查：

1. 血常规呈轻中度贫血，血胆固醇、甘油三酯、β 脂蛋白均增高。

2. 基础代谢率降低（－30％～－40％）。

3. 总 T_4 降低常＜3μg/dl，总 T_3＜100ng/dl，血清 rT_3 常＜20～8 ng/dl。

4. 血 TSH 升高为原发性甲减的最早表现，而继发性甲减则血清 TSH、T_3 及 T_4 均降低。

【治疗】

（一）对成人甲减的治疗：

1. 甲状腺片为最常用制剂，宜从小剂量开始，以免突然增加心脏负担。15～30mg/d 以后每 2～3 周缓慢递增 15～30mg，直到奏效，最终剂量为 120～240mg/d，当症状改善、基础代谢率已恢复正常，应减少到维持量，一般为 90～120mg/d。

2. 左旋甲状腺素钠盐(L T_4)或三碘甲状腺原氨酸(L T_3)：开始时用小剂量，T_4 25μg，2 次/d，口服。以后每 1～2 周加 50μg，最终剂量为 200～300μg/d，T_3 剂量为 60～100μg。

3. 应用甲状腺制剂的注意事项：

(1)如有心动过速、心律不齐、恶心、多汗时，用量应减少或暂停服用。

(2)开始治疗为探索剂量阶段，应每日晨测脉率，以 60～70 次/min 为理想，并定期测体重。

(3)年轻患者初次剂量可略大，剂量增大也可较快，年老者及有心脏病和精神症状者宜从小剂量开始。

(4)T_3 适用于粘液性水肿昏迷者，对一般治疗不及 T_4 和甲状腺片优越。

(5)下述情况应酌情增加剂量：严重腹泻和脂涸、妊娠、寒冷、手术或创伤等。

4. 注意休息，加强营养。贫血者可补充铁剂，如硫酸低铁片 0.6g，3 次/d，口服；维生素 C 0.2g，3 次/d；叶酸，10mg，3 次/d。

5. 伴有心脏症状者，一般不必用洋地黄治疗，在采用甲状腺激素后，水肿、气促等症状可逐渐消失。

(二)呆小症与幼年甲减的治疗：甲状腺制剂的应用越早越好。剂量依年龄而定。以干甲状腺片为例：2～4 月的小儿可给予 4～8mg/d；4～8 月的小儿 10～20mg/d；8～12 月的小儿 20～40mg/d；1～2 岁的小儿 30～60mg/d；2～4 岁的小儿 40～80mg/d；4～12 岁的 60～120mg/d。开始量为足量的 1/3，每 1～2 周增加 10～15mg，至症状及甲状腺功能恢复正常的所需剂量作为维持量，终身服用，但在生长发育过程中维持量应随年龄增长而加大，每 1～2 年增加剂量 1 次。

(三)继发性甲减的治疗：应先服用小量糖皮质激素，再开始甲状腺制剂的替代治疗。

(四)中医治疗：

1. 脾虚湿胜：症同前述。面色苍白或蜡黄，懒言嗜睡，舌胖大、边有齿印、苔白滑，脉沉缓。治法：益气健脾消肿。方药：六君子汤合五皮饮加黄芪、防己。

2. 肾虚寒凝：症同前述。形寒肢冷，神疲倦怠，便秘尿清，女子闭经，男子阳痿，舌胖嫩、色黯、苔白滑，脉沉迟弱。治法：温肾祛寒化湿。方药：附子汤加肉桂、五加皮、干姜皮、陈皮。

3. 先天肾虚：婴幼儿发育迟缓，舌大、流涎，舌淡、苔白，指纹淡，脉沉细弱。治法：补肾健脾。方药：补肾地黄汤合补中益气汤。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取足三里、阴陵泉、气海，配关元、水分、命门、太溪、三阴交。

2. 灸法：取肾俞、脾俞、命门三穴，用附子、肉桂各 5g，研粉铺于穴位上，厚约 1cm，再用直径 5cm 的空心胶木圈放在药粉上，用大艾炷置于其上施灸，每周灸 3 次，每次灸 3 穴，每穴 3～5 壮，4 个月为 1 疗程。

3. 耳针：心、肾、肝、脑干、皮质下。

4. 穴位注射：足三里，用 5% 当归注射液每穴注入 0.3～0.5ml，隔日 1 次，20d 为 1 疗程。

(六)推拿疗法：患者坐位，医者以双拇指点按脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、小肠俞。嘱患者仰卧位，施用推脾运胃法，点按关元、气海、三阴交、水道、中极；施用点三焦开四门法；施用提拿足三阳法，点按足三里。适用于脾虚湿胜者。

(七)单验方：楮实子，每次 2～3g，日服 3 次，宜久服之。适用于五迟、五软者。

(八)饮食疗法：鹿骨、怀山药各 50g，党参、枸杞各 15g，水煎服。适用于肾气虚型。

单纯性甲状腺肿

单纯性甲状腺肿是由于多种原因阻碍甲状腺激素合成而导致代偿性甲状腺肿大者。可呈地方性分布，常为缺碘所致，称为地方性甲状腺肿。也可呈散发性分布，由先天性甲状腺激素合成障碍或致甲状腺肿物等所致，称散发性甲状腺肿。但也有无明显原因可查者。

【诊断要点】

(一)甲状腺呈轻度或中度弥漫性肿大,质地较软,无压痛。

(二)甲状腺肿大引起的压迫症状可有:

1. 压迫气管可引起咳嗽与呼吸困难。

2. 压迫食管可引起吞咽困难。

3. 压迫喉返神经可引起声音嘶哑。

(三)甲状腺功能检查一般正常。

【治疗】

(一)对地方性甲状腺肿流行地区,可采用碘盐与碘油进行防治。如推广碘化水(每10万L饮水中加1g碘化钾)或每10~20kg食盐中加1g碘。一般可使甲状腺肿明显缩小。近年来采用碘油肌注法,成人1次注射碘油2.5ml(含1 000mg碘)可维持5年,甲状腺可显著缩小;儿童需碘量按体重计较成人大:1岁以下用125mg,1~4岁用250mg,5~9岁用750mg,10岁以上用成人量。但对40岁以上,特别是结节性甲状腺肿者,应避免大剂量碘剂治疗,以免发生碘甲亢。

(二)对无明显原因可查的单纯性甲状腺肿,可采用甲状腺制剂抑制治疗。方法是:甲状腺片,60~180mg/d,分次口服3~6个月。可使甲状腺肿明显缩小或消失。但此法对早期弥漫性甲状腺肿疗效较好,对后期多结节性甲状腺肿疗效较差。

(三)手术治疗:当腺体过大有压迫症群或疑有癌变者,可做甲状腺次全切除术。术后需长期服用甲状腺制剂,以免复发。

(四)中医治疗:

1. 气郁痰结:症同前述。善太息,病症与情绪波动有关,苔薄白,脉弦。治法:理气解郁,化痰消瘿。方药:四海舒郁丸加减(海蛤粉、海藻、海螵蛸、昆布、青皮、青木香、柴胡、郁金、茯苓、法半夏、甘草)。

2. 痰结血瘀:症同前述。肿块按之较硬或有结节,胸闷痰多,舌苔薄白,脉弦。治法:理气活血,化痰消瘿。方药:海藻玉壶汤加柴胡、丹参、三棱、莪术。

3. 气血虚弱:症同前述。心悸气短,神疲乏力,纳差,失眠,舌淡、苔薄白,脉细弱。治法:益气养血,消散瘿肿。方药:八珍汤加昆布、海藻、浙贝母、大枣、五味子。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取天鼎、扶突、人迎、气舍、内关、合谷、足三里。阳陵泉、阴陵泉。

2. 灸法：一组取风池、耳上发际、大椎、臂臑、大杼；二组取天突、云门、曲池、膺中、大椎、冲阳。2 组交替使用，每次选 3～4 穴，艾炷灸，壮数宜多。

3. 耳针：甲状腺、颈、脑、皮质下，内分泌。

4. 梅花针：取阿是穴(腺肿)，用梅花针轻叩，以微出血为度。

5. 穴位注射：取阿是穴(腺肿)或天突，常规消毒后，用 5ml 注射器，吸取 2% 碘化钾液，以左手食指和拇指固定肿大腺体。向中央刺入，回抽针栓无血液时，即推入少量药液，当出现从人迎向颊车传导针感时，再继续慢慢推药，注完后拔针，局部压迫 1min。每次按腺肿大小注入 1～3ml 药液，每隔 3d，注射 1 次，6 次为 1 疗程。

(六)推拿疗法：

1. 患者坐位，医者用双手拇指点按肝俞、心俞；施用揉拿手三阳法，点按内关、合谷、膻会。嘱患者仰卧位，施用疏胁开胸顺气法，点按天突、天鼎、天容。适用于气郁痰结者。

2. 患者坐位，医者施用揉拿手三阴法，点按内关、神门。嘱患者仰卧位，施用推脾运胃法；施用晨笼解罩法，点按天突、水突、天容；施用提拿足三阴法，点按三阴交、丰隆。适用于痰结血瘀者。

(七)单验方：

1. 夏枯草 30g、射干 15g，水煎服。

2. 海藻、昆布各等份，研细末，每次 9g，1 次/d，口服。

(八)饮食疗法：

1. 海蜇皮适量，凉拌食。

2. 黄药子 120g、白酒 500ml，浸泡 7d，每次服 10ml，2～3 次/d，不可久服，防止损害肝脏。

3. 海藻 500g、黄酒 1 500ml，将海藻洗净，置于净器中，用黄酒渍 1 宿后开封。每次饭后饮 30ml。酒尽后将海藻曝干，捣为末，酒调 3g 服之，3 次/d。

原发性甲状旁腺功能亢进症

本症是由于甲状旁腺本身病变引起的甲状旁腺素合成与分泌过多，其主要临床表现为反复发生的肾结石、消化性溃疡，精神改变与广泛的骨吸收。

【诊断要点】

(一)本病多见于20～50岁的成年人，且女性多于男性，起病缓慢，症状复杂，易误诊。

(二)常见的早期症状是骨痛，以负重部位为突出，如下肢、骨盆、腰背，局部有压痛。后期严重者走路、翻身皆感困难。

(三)高血钙引起的症群，如泌尿系统表现为多尿、烦渴、多饮，反复发作的肾绞痛、血尿、尿频、尿路结石；消化系统表现为厌食、恶心、呕吐、便秘、腹胀、难治的消化性溃疡和反复发作的急性胰腺炎；神经肌肉系统表现为倦怠、嗜睡、头痛、四肢肌无力，以近端肌肉为甚；心血管系统表现为窦性早搏、心动过速。

(四)辅助检查：

1. X线片示普遍性骨质疏松脱钙，皮质变薄，骨膜下吸收，齿槽板吸收或消失，颅骨呈毛玻璃样，弥漫性纤维束性骨炎及压缩性骨折。

2. 心电图示房室传导阻滞，Q－T时间缩短，ST段下降，T波倒置。

3. 血钙升高，如＞2.75mmol/L，高钙血症可以肯定。

4. 血磷降低，多数＜0.97mmol/L。

5. 血清碱性磷酸酶增高，成年人常超过12金氏单位。

6. 尿钙常增加，尿cAMP增加，尿羟脯氨酸增高。

7. 血清甲旁素增高。

8. 磷清除率测定：正常人平均为10.8±2.7ml/min，本病患者常增加50%以上。

9. 肾小管磷重吸收率测定：正常人为84%～96%，本病患者平均可降到79%以下。

10. 皮质醇抑制试验：给患者强的松30mg/d，连续10d，本病的血清钙不下降，而其他原因引起的高钙血症，如结节病、多发性骨髓瘤、维生素D中毒等，血清钙可明显下降。

11. 钙负荷试验：正常人用 10% 葡萄糖酸钙 20ml，加于 5% 葡萄糖液 200ml 中，于 10～15min 内滴完，可引起血清钙增高、抑制甲状旁素的分泌，使尿磷/尿肌酐比值下降；本病患者比值不下降。

【治疗】

（一）主要为手术切除病灶。术前应低钙、磷饮食，口服氢氧化铝凝胶 5～10ml，3 次/d。一般血钙于术后降到正常。部分患者因骨病修复而大量摄取钙、磷，发生手足抽搐，可静注 10% 的葡萄糖酸钙 10ml，必要时反复用。

（二）对重度高钙血症，因伴有明显失水应立即输注生理盐水及 10% 的葡萄糖液，4～6L/d，口服氢氧化铝凝胶 10ml，3 次/d。并用利尿剂，如速尿 40～60mg，静注，每 2～4h 1 次，可促使尿钙排出。

（三）必要时做透析治疗；用依地酸钠 1g 溶于 5% 葡萄糖液 500ml 中静滴；降钙素 1～15MRC 单位，每 6h 肌注 1 次。治疗期间应密切检查血钙、磷及肾功能以监护病情，避免血钙过低或血磷过高。

嗜铬细胞瘤

本病是起源于肾上腺髓质、交感神经节或其他部位的嗜铬组织，这种瘤持续或间断地释放大量儿茶酚胺，引起持续性或阵发性高血压和多个器官功能及代谢紊乱。

【诊断要点】

（一）阵发性高血压型：为本病特征性表现，平时血压不高，发作时血压骤升，收缩压往往达 26.6～34.0kPa（200～300mmHg），舒张压也明显升高，可达 24.0kPa（130～180mmHg），伴剧烈头痛、面色苍白、大汗淋漓、心动过速等。发作终止后可出现面部及皮肤潮红、全身发热、流涎及瞳孔缩小等。发作时间最短者仅数秒钟，长者 1～2h，发作频率多少不一，多者每日数次，少者数月 1 次。

（二）持续性高血压型：当持续高血压有以下表现时，要想到本病的可能：畏热、多汗、心悸、心动过速、逐渐消瘦、站立时发生低血压或血压波动大，骤然降低，尤其是儿童和青年人。

（三）低血压、休克：本病可发生低血压，甚至休克；或出现高血压与低血压相交替，且这种患者还可发生急性腹痛、心前区痛、高热等，易误诊为

急腹症、急性心肌梗死或感染性休克。

(四)其他：如基础代谢增高，但 T_3、T_4 检查正常，血糖升高，糖耐量减退和糖尿等。

(五)辅助检查：

1. 尿儿茶酚胺或其代谢产物香草杏仁酸(VMA)常高于 9mg。但阵发性型者平时可不高，而在发作后才高于正常，故需测定发作后尿儿茶酚胺排量。

2. 药理试验：只适用于阵发性者，在一直等不到发作时，可考虑做胰升糖素激发试验，如为本病者，血浆儿茶酚胺增加 3 倍以上。

3. B超：对肾上腺及肾上腺外肿瘤定位检查，方法简便，且对直径 1cm 以上的肾上腺肿瘤，阳性率较高。

4. CT扫描：为目前最可靠的方法，90% 以上的肿瘤可准确定位。

5. 磁共振：可区别正常肾上腺和嗜铬细胞瘤，对合并妊娠的患者及肾上腺外肿瘤患者，本法有其优越性。

【治疗】

(一)尽快控制骤发的高血压综合征。

1. 硝普钠 100mg 加入 5% 葡萄糖溶液 500ml 中，以 0.5～1.0μg/min 速度滴注，根据患者血压情况调整速度。

2. 亦可用苄胺唑啉 5～10mg 加葡萄糖溶液或生理盐水 20～30ml 缓慢静注，以后视血压情况继续静滴。

(二)对休克与高血压交替出现者，应迅速补充血容量并应用苄胺唑啉，静滴速度为 0.25～1.0mg/min。

(三)对心律失常特别是频发室早、室速和室颤，可静注利多卡因50～100mg，随后按 2～5mg/min 速度继续静滴。

(四)急性发作后用：苯氧苄胺 10mg，2 次/d，然后增量至 10～20 mg/d，达到总量 60mg/d 停止。

(五)手术切除：当定位明确后，术前做充分准备，使发作停止、血压正常、血容量增加后再手术。

原发性慢性肾上腺皮质功能减退症

本病又称阿狄森病，是由于自体免疫、结核、真菌等感染，以及肿瘤、

白血病等原因破坏双侧肾上腺的绝大部分引起肾上腺皮质激素分泌不足所致。

[诊断要点]

(一)起病缓慢,疲乏无力,食欲减退,体重下降。

(二)皮肤粘膜色素沉着于暴露、易摩擦及受压的部位最显著,如乳头乳晕、面部、关节附近、口腔、牙龈、会阴、腋窝等部位,是本病最早最常见症状之一。

(三)低血压是本病的突出症状,常有直立性晕厥。厌食十分常见而突出。低血糖是较特异的症状,尤其在饥饿、胃肠功能紊乱及感染时易诱发低血糖发作。

(四)辅助检查:

1.血常规淋巴细胞和嗜酸性粒细胞增多。生化检查低血钠、高血钾、血糖偏低。

2.尿17 羟类固醇,17-酮类固醇显著低于正常,血浆皮质醇低于正常。

3.ACTH兴奋试验最具诊断价值,但本病试验后示血皮质醇和尿17-羟类固醇均不增高。

[治疗]

(一)一般治疗:注意休息、避免过度疲劳加强营养,高盐饮食,每日至少摄入10g盐以补足失钠量。

(二)激素替代治疗:剂量要个别化,需根据病情、体重、劳动强度、胃肠道吸收功能等因素决定。

1.氢化可的松:20mg,上午7~8时服1次,下午2~3时再服10mg。醋酸可的松,25~37.5mg/d,强的松7.5mg/d。但后2种激素不及氢化可的松,因它必须在肝脏代谢为氢化可的松后才发挥作用。

2.经糖皮质激素和高盐饮食治疗后效果不满意时可加用潴钠激素,以9α-氟氢可的松既方便又便宜,0.05~0.1mg/d早晨1次口服。不能口服者可用醋酸去氧皮质酮油剂,1~2mg/d,肌注,据疗效调整剂量,如有水肿、低血钾、高血压则减量。如有低血压、高血钾则适当加量。

3.使用激素替代治疗时要注意以下几点:

(1)伴甲状腺功能减退者应先用糖皮质激素再用甲状腺素,以免后者

诱发危象，尤其是低血钠、低血糖、低血压的患者应先用较大量糖皮质激素。

(2)伴有胰岛素依赖型糖尿病者，胰岛素需要量减少，稍有过量易发生低血糖，补充糖皮质激素后胰岛素需要量稍增加。

(3)伴有甲旁腺功能减退症者，常规替代量的糖皮质激素不会与维生素D发生拮抗作用，不影响肠钙吸收。

(4)合并糖尿病、溃疡病或精神病者，糖皮质激素宜酌减1/4～1/3。

(三)病因治疗：如有活动性结核者，应积极给予抗结核治疗。替代治疗的糖皮质激素并不影响对结核病的控制。

(四)中医治疗：

1．脾肾阳虚，瘀血凝滞：面色黧黑，齿龈、乳头、手纹及腰部发黑，畏寒肢冷，头晕腰痛，性欲减退，男子阳痿，女子闭经，耳鸣眼花，夜尿多，纳差便溏，严重时可突然昏迷，舌黯有瘀斑、苔白滑，脉沉迟。治法：温补脾肾，活血化瘀。方药：四味回阳饮加龟版、鹿角、枸杞子、红花、丹参。夜尿多者，加桑螵蛸、益智仁；血压下降、休克者，用参附汤急救，并速转上级医院抢救。

2．肝肾阴虚，瘀血凝滞：除上述瘀血证候外，还兼有五心烦热，潮热，肢麻肉掣，男子遗精，女子乱经，舌红、苔薄黄，脉弦细数。治法：滋肾柔肝，佐以化瘀。方药：一贯煎合二至丸加地骨皮、知母、丹参。

常用的中成药有甘草流浸膏，3～5ml，2～3次/d，口服。过量可引起头痛、水肿、高血压，必须注意。

(五)针灸治疗：

体针：对脾肾阳虚型取关元、气海、足三里，配脾俞、肾俞、百会，用补法加艾条悬灸。对肝肾阴虚型取肝俞、肾俞，配期门、委中，用补法。

(六)饮食疗法：

1．羊肉500g、大枣50g、干姜15g，同煮至肉熟，食肉喝汤。适用于阳虚型。

2．枸杞10g，嚼服，每晚1次，长期服用。适用于阴虚型。

3．清炖鳖鱼，常食之。

原发性醛固酮增多症

本病是由于肾上腺皮质肿瘤，醛固酮分泌增多，导致水钠潴留，体液容量扩张而抑制了肾素－血管紧张素系统所致。多见于女性成人。

【诊断要点】

（一）高血压为最早出现的症状，随病情进展血压渐高，大多在22.6/13.3kPa(170/100mmHg)左右，但视网膜和心肾损害均不严重，降压药疗效不佳，有手足麻木、发作性肌无力或瘫痪，夜尿增多，多次抽搐。

（二）辅助检查：

1．心电图示低血钾图形(Q　T间期延长，T波增宽、降低或倒置，V波明显)。

2．血钾＜3mmol/L(3mEq/L)，高血钠、碱血症。尿17　羟类固醇、17　酮类固醇正常。

3．尿醛固酮排示量和血浆醛固酮含量均高于正常。

4．放射性碘化胆固醇肾上腺扫描或肾上腺CT扫描对定位准确性较高。

【治疗】

（一）肾上腺瘤和癌的根治方法应做病侧肾上腺切除。术前宜用适当的低盐饮食、安体舒通及钾盐做准备，以纠正低血钾并减低高血压。

（二）低钾症状明显时，口服安体舒通，120～240mg/d，氯化钾3～6g/d，分次口服。长期服用安体舒通可出现男子乳房发育、阳痿、月经不调等副作用。可改用氨苯喋啶以协助排钠保钾，同时应补钾并加用一般降压药物。

皮质醇增多症

本病亦称柯兴综合征，是由于肾上腺皮质产生过量糖皮质激素所致。女性多于男性，20～40岁居多。

【诊断要点】

（一）面部和躯干肥胖(向心性肥胖)为本病特征。面如满月，面色红润多脂，颈背部脂肪堆积，呈“水牛背”，腹壁肥厚、四肢相对瘦小，皮肤紫纹多见于臀部上外侧、下腹、大腿。

（二）高血压：本病中常见，同时有动脉硬化和肾小动脉硬化，因而在治疗后部分患者血压仍不能降到正常，久之可并发左室肥大、心力衰竭。

（三）肌肉消瘦、乏力、骨质疏松，尤以脊椎、肋骨及盆骨为著，致使腰背酸痛，甚至脊柱变形。

（四）对感染抵抗力减弱、皮肤真菌感染常见且较严重，女性患者月经不规则，轻度多毛。痤疮常见，少数患者可有精神神经症状，如情绪不稳、易激动等。

（五）辅助检查：

1.24h 尿 17 - 羟类固醇在 20mg 以上，尤其在 25mg 以上时，诊断意义更大，尿游离皮质醇＞110μg/24h。

2. 血浆皮质醇水平升高，早晨 8 时＞25μg/dl，且昼夜节律消失为早期诊断依据。

3. 小剂量地塞米松抑制试验：每 6h 口服地塞米松 0.5mg，或每 8h 服 0.75mg，服药 2d，第 2d 尿 17 - 羟类固醇不能被抑制到对照值的 50% 以下，或尿游离皮质醇不能抑制在 20μg/24h 以下。

【治疗】

（一）垂体性柯兴综合征：

1. 经蝶窦切除垂体微腺瘤：为近年治疗本病的首选方法。

2. 如经蝶手术未能发现并摘除垂体微腺瘤或某种原因不能做垂体手术，且病情严重者，宜做一侧肾上腺全切、另侧肾上腺大部分切除术，术后做垂体放疗。

3. 对垂体大腺瘤者，须做手术治疗。为避免复发，可在术后辅以放射治疗。

（二）肾上腺腺瘤：经查明部位后，手术切除可获根治。

（三）肾上腺腺癌：应尽可能早期做手术治疗。

（四）不依赖 ACTH 双侧肾上腺增生，做双侧肾上腺切除，术后做激素替代治疗。

（五）药物治疗：因疗效有限或副作用大，一般很少单独应用，大多做辅助性治疗。主要有以下几种：

1. 赛庚啶：为 5　羟色胺拮抗剂，尚有抗组织胺、抗胆碱及抗多巴胺作用，对下丘脑－垂体功能紊乱所致的柯兴综合征部分患者有效。用量

大(24mg/d),常有嗜睡、胃纳亢进、体重增加等副作用。

2. 溴隐亭:对伴泌乳素增高者可以试用,7.5～10mg/d,分次口服。

3. 氨基导眠能:能阻止胆固醇合成多种皮质类固醇,但价格昂贵,有一过性嗜睡、皮疹,久用有类固醇撤药后综合征样表现,需用氢化可的松替代治疗,1～2g/d,每次口服。但不宜用地塞米松,因氨基导眠能可加速其代谢,还可引起甲状腺肿性甲状腺功能减退症。

4. 甲吡酮:抑制皮质醇的合成,与氨基导眠能各 1g 联合治疗更为有效。

5. 酮康唑:为广谱抗真菌药,近年发现尚能抑制 11－羟化酶以及合成孕烯醇酮的裂链酶,从而抑制皮质类固醇的合成,方便,有效,耐受性强。开始用量 800～1 000mg/d,待肾上腺皮质功能正常后改为维持量,600～800mg/d。

6. 双氯苯二氯乙烷(O,P－DDD):可使肾上腺皮质束状层与网状层萎缩,有效率 80%,但起效慢,停药后大多复发,副作用大,因此,一般用于手术无法根治的肾上腺癌患者。用量为 6～10g/d,分次口服。

(六)中医治疗:

1. 肝经湿热:症同前述。面部粉刺,毛发油脂多,皮肤红紫、瘙痒,舌胖、苔黄滑,脉弦滑。治法:清热利湿。方药:龙胆泻肝汤加苍术、厚朴、山楂、大黄。

2. 肝阳上亢:症同前述。急躁易怒,血压升高,口干便秘,舌红、苔薄黄,脉弦数。治法:平肝潜阳,滋阴降火。方药:天麻钩藤饮加夏枯草、地龙、大黄。

3. 肾气虚弱:症同前述。腰酸,性欲减退,男子阳痿,女子生胡须,乱经或闭经,舌红嫩、苔少,脉细数。治法:补肾气。方药:金匮肾气丸加减。阳痿加蜈蚣、当归、白芍、甘草;闭经加龟胶、鹿胶、鸡血藤、生山楂。

(七)针灸治疗:

1. 体针:对肝经湿热型取内关透外关、行间、丘墟,配复溜、陶道。对肝阳上亢型取风池、肝俞、曲池,配足三里、太冲、太溪。对肾气虚弱型取命门、肾俞,配关元、三阴交,用补法加灸。

2. 耳针:肝、心、肾、皮质下。适用于肝阳上亢型。

3. 刺血:太冲、关冲、中冲,点刺出血,1 次/d。适用于肝阳上亢型。

(八)贴敷：

1. 吴茱萸 30g，研末醋调成糊状，睡前贴于双涌泉穴。适用于肝阳上亢型。

2. 大黄、硫磺各等份，研末调匀，凉开水调敷。治粉刺。

(九)推拿疗法：

1. 患者坐位，医者施用揉捏项肌法，点按风池。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阴法，点按阳辅、太冲、太溪。适用于肝经湿热型伴高血压者。

2. 患者坐位，医者施用揉捏项肌法，点按曲池；施用揉拿手三阳法，点按内关、曲池。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阴法，点按三阴交、太溪。适用于肝阳上亢型高血压者。

(十)单验方：白菊花 10g、夏枯草 15g，水煎服。适用于肝经湿热型高血压者。

(十一)饮食疗法：

1. 萝卜汁，每次 30ml，日服 2 次。

2. 芹菜根 10 株、红枣 10 枚，水煎服，1 剂/d，连服 2 周。适用于肝阳上亢型。

3. 肉苁蓉 30g、羊肉 200g 切片，加大米适量煮粥，加食盐、味精少许服之。适用于肾气虚弱型。

4. 牛鞭 1 根，韭菜子 25g，淫羊藿、菟丝子各 15g，用瓦焙干研细末，每晚用黄酒冲服 10g。适用于肾虚阳痿者。

糖 尿 病

本病是一组病因和发病机理尚未完全阐明的内分泌代谢疾病以高血糖为其共同主要标志。因胰岛素分泌绝对或相对不足以及靶细胞对胰岛素敏感性降低，引起糖、蛋白质、脂肪，以及继发的水、电解质代谢紊乱。

【诊断要点】

(一)临床常分为 2 型：

1. Ⅰ型糖尿病：又称胰岛素依赖型或不稳定型糖尿病。发病于 15 岁前，常有家族史，临床有多饮、多尿、多食、消瘦为特点的"三多一少"症状，容易发生酮症酸中毒。

2. Ⅱ型糖尿病：又称非胰岛素依赖型或稳定型糖尿病。多在 40 岁以

上起,“三多一少”症状不典型,早期可表现为餐前低血糖。

(二)常伴发糖尿病的急慢性并发症,前者包括难治性或严重的感染(如结核、疖痈、肾盂肾炎、外阴道炎等)、酮症酸中毒(好发于Ⅰ型患者);非酮症高渗性昏迷(好发于Ⅱ型患者);后者包括大、中及微小血管并发症以及各种退行性疾病,如动脉粥样硬化、冠心病、心肌梗死(50%为无痛性)、下肢动脉缺血(引起间歇性跛行症及足趾坏疽)、视网膜病变、糖尿病肾病、周围神经炎、神经痛等。

(三)尿糖增高:但有假阳性和假阴性,所以不能作为确诊糖尿病的依据。

(四)血糖测定:不只1次空腹静脉血糖≥7.8mmol/L(140mg/dl)或随机血糖≥11.1mmol/L(200mg/dl)。如未达上述标准可做口服葡萄糖耐量试验(OGTT)。

(五)糖基化血红蛋白(G-Hb)测定:G-Hb半衰期与红细胞寿命相同,约120d,所以G-Hb有助于估计近2~3个月血糖的变化,正常值为血红蛋白总量的4%~6%,未控制的糖尿患者其含量较正常高2~4倍。

(六)血浆胰岛素测定:正常人空腹基础值为5~25mu/L,Ⅰ型糖尿患者空腹及餐后均明显降低,Ⅱ型糖尿患者在葡萄糖负荷后大多呈延迟释放或虽升高而相对不足。

(七)世界卫生组织糖尿病诊断标准:

1.有糖尿病症状,任何时候血糖≥11.1mmol/L(200mg/dl)及(或)空腹血糖≥7.8mmol/L(140mg/dl)可诊断为糖尿病。如任何时候血糖<7.8mmol/L(140mg/dl)及空腹血糖<5.6mmol/L(100mg/dl)可排除糖尿病。

2.如结果可疑(血糖值在上述二者之间),应进行OGTT(成人口服75g葡萄糖,儿童用1.75g/kg体重,总量不超过75g)。2h血糖≥11.1mmol/L(200mg/dl)可诊断为糖尿病;<7.8mmol/L(140mg/dl)可排除糖尿病;在7.8~11.1mmol/L(140mg~200mg/dl)之间为葡萄糖耐量异常。

3.如无糖尿病症状,除上述2项诊断标准外,尚须另加一项标准以确定诊断,即口服葡萄糖后1h血糖≥11.1mmol/L(200mg/dl);另一次OGTT 2h血糖也≥11.1mmol/L(200mg/dl);另一次空腹血糖≥7.8mmol/L(140mg/dl)。

(八)中国标准:口服葡萄糖100g耐量试验后糖尿病诊断标准如下:

1.有典型糖尿病症状或糖尿病酮症酸中毒等并发症空腹,血糖>7.23mmol/L(130mg/dl)或(和)餐后2h>8.9mmol/L(160mg/dl),不必做OGTT即可诊断为糖尿病。

2.OGTT各时限的正常上限定为:0:6.9、30:1.1、60:10.5、120:8.3、180:6.9mmol/L(分别为125、200、190、150、125mg/dl),其中30或60血糖值为1点,其他各时限血糖值分别作为1点,共4点,血浆葡萄糖含量测定采用邻甲苯胺法。

3.4点中有3点≥上述各时相标准则可诊断为糖尿病。

4.OGTT中血糖值超过正常均值上限而未达到诊断标准者,谓隐性糖尿病。

【治疗】

(一)一般治疗:加强卫生宣传,使患者和家属掌握糖尿病的防治知识,主动配合各项治疗措施,保持规律的生活制度,忌吸烟和烈性酒,长期坚持体力锻炼,讲求个人卫生,预防各种感染。

(二)饮食治疗:是一项基础治疗,不论糖尿病类型、病情轻重或有无并发症,也不论是否应用药物治疗,都应严格和长期执行。

1.总热量:据标准体重、工作性质、劳动强度而定。成人休息时,每日给予热量104.6~126kJ/kg体重(25~30kcal/kg体重),脑力及轻体力劳动者126~146kJ/kg体重(30~35kcal/kg体重),中等体力劳动者146~167kJ/kg体重(35~40kcal/kg体重),重体力劳动者167kJ/kg体重(40kcal/kg体重)以上,妊娠或哺乳妇女、儿童、消瘦者可酌情增加,肥胖者酌减,使患者体重下降到低于正常标准的5%左右。

2.饮食种类:蛋白质成人每日1~1.2g/kg体重计,儿童、孕妇、乳母、营养不良或伴有消耗性疾病者宜增到1.5~2.0g。碳水化合物一般给200~300g,即米、面250~400g/d,其余用油类补充,但提倡用植物油,忌食各种糖果、甜糕点、软饮料等。少食用胆固醇高的食品,如动物内脏、全脂牛奶、蛋黄等。

3.热量分配:早、中、晚三餐总热量可按各1/5或按1/5、2/5、2/5分配。在使用降糖药后,按血糖改变再做适当调整,但不宜因降糖药剂量过大而增加饮食总热量。

(三)口服降糖药治疗：

1. 磺脲类：

(1)甲磺丁脲(D－860)：适用于有一定胰岛功能的轻型糖尿病患者。初用剂量1.0g，3次/d，见效后可每3～5d减去0.5g。待血糖降到正常范围，尿糖每日少于5g时，改为维持量(一般在2g/d以下，常用量为0.5g，2～3次/d)。近期疗效为70%～80%。如用药中疗效减弱，可酌予增大剂量，每日以不超过3g为度，疗程中可在开始治疗后4周内失效者约30%、已收效而于治疗0.5～2年再失效者为5%～30%时，应加服双胍类后常又有效。本药副作用少而轻，少数有消化道反应、中毒性肝炎、药疹及骨髓抑制。有溃疡病者慎用，孕妇忌服，肾功能不全者减量，注意服药前后禁忌饮酒，防止低血糖发作。

(2)氯磺丙脲：降血糖作用慢而持久，且毒副作用较大，在一般情况下不宜选用。

(3)优降糖：有快而强的降糖作用，比D－860强200～250倍，使用时从小剂量开始(2.5mg/d)逐步加大剂量，商量范围为2.5～15mg/d，应用时应防止发生夜间低血糖昏迷。

(4)达美康：初用8mg/次，2次/d，口服，3周后可根据情况增减到1～3片/d，每片80mg，本药不仅可调节血糖，且可防止微血栓形成，对微血管病变的预防及治疗都有效，并可降低血脂，适用于Ⅱ型糖尿病、老年糖尿病、伴血管并发症的糖尿病。

(5)克糖利：12.5～25mg/次，3次/d。

(6)对60岁以上者可首选美吡达，剂量2.5～20mg/d，分次口服。对轻中度肾功能不良者首选糖适平，剂量30～180mg/d，分次口服，需加以说明的是：①所有口服磺脲类药物都应从小剂量开始，在餐前0.5h服；②当一种效果不好时可换另一种；③血浆胰岛素水平低者应口服降糖药加胰岛素；④这些药物不应同时应用。

2. 双胍类：①降糖灵常用剂量为25mg，3次/d，可逐渐增加到150mg/d，副作用为胃肠反应，大剂量可引起酮尿、乳酸酸中毒；②降糖片作用与降糖灵相似，副作用小，不产生乳酸酸中毒。常用剂量为0.25～0.5g，3次/d。过量可导致维生素B_{12}吸收不良。

(四)胰岛素疗法：

1. 适应证：①重型糖尿病，特别是Ⅰ型伴有消瘦者；②轻、中型病例经饮食控制及口服降糖药治疗无效；③糖尿病合并酮症酸中毒、高渗性昏迷或其他严重并发症(如急性感染、活动性肺结核等)；④兼有外科疾病而急需手术者；⑤合并妊娠及分娩前后。

2. 胰岛素种类和使用原则：按作用快慢不同，胰岛素制剂可分为(短)速效、中效、长(慢)速效3类。短效者多用于糖尿病急性合并症，肌注和静脉点滴，3～4次/d。中效者多用于Ⅰ、Ⅱ型糖尿病稳定期，每日肌注2次。长效者多用于Ⅱ型糖尿病稳定期，每日肌注1次。凡遇胰岛素过敏或对胰岛素有抗力者，可改用单峰胰岛素。见表2－6－1。

表2－6－1　各种胰岛素作用时间表

作用	胰岛素类型	注射途径	胰岛素注射后作用时间(h)			注射时间
			开始	最强	持续	
快	普通(正规)	皮下	0.5～1	2～4	6～8	餐前0.5h
	胰岛素(RI)	静脉	立即	0.5	2	3～4次/d
中	球蛋白锌胰岛素(GZI)	皮下	2～4	6～10	12～18	早餐(晚餐)前1h
	中性鱼精蛋白锌胰岛素(NPH)	皮下	3～4	8～12	18～24	1～2次/d
慢	鱼精蛋白锌胰岛素	皮下	3～4	14～20	24～36	早餐或晚餐前1h，1次/d

3. 胰岛素用法与剂量：

(1)在胰岛素初治阶段可根据每日早、中、晚三餐前及临睡前的4次尿糖定性结果，依1个"＋"尿糖，用4个u普通胰岛素的大致推算；或按24h尿糖定量的克数除以2g，得出所需胰岛素的大约量，然后按每2g尿糖用1u胰岛素来计算。

(2)测空腹血糖值后按公式每日所需胰岛素量(u)＝(现测血糖数－100)×体重(kg)×0.003计算。

(3)一般实际用量均应较计算值小，有时仅用其1/2－1/3量，以免发生低血糖。以后每隔3～5d根据尿糖及空腹血糖情况逐步增减，直到尿

糖基本转阴、血糖接近正常。经过一阶段治疗，胰岛功能逐步改善后，应每隔数日减少几个单位，直到找出最小维持量为止。

(4)根据4段、4次尿糖定性结果来调节普通胰岛素用量，根据前1d上午一段尿糖(如上午7～11时)及午餐前尿糖来调节早餐前普通胰岛素的用量，根据前1d下午一段尿糖(如上午11时～下午5时)及晚餐前尿糖来调节中餐前胰岛素用量。再根据前1d晚餐后一段尿糖及睡前尿糖来调节晚餐前胰岛素用量，三餐前普通胰岛素的应用规律是：早餐前剂量＞晚餐前剂量＞中餐前剂量。对老年Ⅱ型糖尿病患者，除接受日常胰岛素外，加用降糖灵25mg，2次/d，有助于血糖控制。

4．胰岛素抗药性及处理：如每日胰岛素用量超过200u仍无效者，应考虑其抗药性存在。此时可换用另一批号或另一种胰岛素剂型或与降糖药联合使用。

5．胰岛素的副作用：

(1)低血糖反应：为胰岛素最重要的副作用，促发低血糖反应的因素为胰岛素用量过大、进食过少或未进食或较剧烈的体力劳动。低血糖发生时间，往往是胰岛素作用的最强时间。其临床表现为软弱、饥饿感、手抖、心悸、心动过速、头晕、出汗，严重者昏迷或惊厥。对低血糖反应的治疗轻者进食糖水即可缓解，较重者须静注50%葡萄糖液40～80ml。必要时需静滴10%葡萄糖溶液。

(2)过敏反应通常表现为局部过敏反应，在注射部位奇痒，随后出现荨麻疹样皮疹。全身性荨麻疹少见，可伴有恶心、呕吐、腹泻等症状。处理措施包括更换胰岛素制剂、抗组胺药物和糖皮质激素治疗、脱敏疗法等。严重过敏者须中断或暂时中断胰岛素治疗。

(3)胰岛素浮肿，见于治疗初期因钠潴留作用发生轻度水肿，可自行缓解，无需中断治疗。

(4)因血糖下降过快改变渗透压，致使晶体折光性能改变引起视力模糊，常于数周内自然恢复。

(五)胰岛移植：用于1型糖尿病，可能有助于防治糖尿病性微血管病变。

(六)中医治疗：

1．肺热津伤：症同前述。舌边尖红、苔薄黄，脉洪数。治法：清热润

肺，生津止渴。方药：消渴方加沙参、石膏、竹叶、玄参。气阴亏、脉无力者，加人参、知母、天冬、麦冬、五味子。

2. 胃热炽盛：症同前述　大便干燥，舌红、少津、苔黄燥，脉滑实有力。治法：清胃泻火，养阴增液。方药：玉女煎加栀子、黄连、玄参、沙参、黄精、玉竹。便秘甚加酒大黄。

3. 肾阴亏虚：症同前述。尿浑浊如脂似膏或尿甜，头昏耳鸣，梦多寐差，皮肤干燥身痒，舌红、少苔，脉细数。治法：滋阴固肾。方药：六味地黄丸减茯苓、泽泻，加女贞子、旱莲草、黄精、玄参、玉竹。

4. 阴阳两虚：小便频数，尿浊如膏，甚至饮一溲一，面容憔悴，其色黧黑，耳软干枯，腰膝酸软，形寒肢冷，视物昏花，肢麻不温，男子阳痿，女子不孕，舌淡、苔白，脉沉细无力。治法：温阳滋肾固摄。方药：金匮肾气丸加金樱子、桑螵蛸、枸杞、黄精、覆盆子。

（七）针灸治疗：

1. 体针：对上消证取肺俞、心俞、鱼际、胰俞，口干舌燥配金津、玉液、廉泉、承浆。对中消证取脾俞、胃俞、足三里、三阴交、胰俞，善饥配内庭；胃中嘈杂配中脘、内关；对下消证取肾俞、复溜、太溪、三阴交；头昏目眩配行间。三消均取三焦俞。

2. 灸法：取小肠俞、关元、命门、手足小指（趾）头，艾条温和灸，1次/d。

3. 耳针：胰、内分泌、三焦、肾、神门、心、肝，多饮配肺、渴点；多食配内分泌、胃、胰；多尿配肾、膀胱。

4. 头针：取双侧足运感区及生殖区。

5. 皮肤针：取脊柱两侧和膀胱经，轻叩至发红为度。

6. 穴位注射：取肺俞、脾俞、肾俞、足三里、三阴交、关元、太溪、华佗夹脊穴。用5%当归注射液，每穴注入0.5ml药液，每次取2～3穴（双侧）。

（八）推拿疗法：

1. 患者坐位，医者以双手拇指点按肺俞、三焦俞。一手握患腕，另一手施用揉拿手三阴法，点按合谷、鱼际、手三里、曲池。嘱患者仰卧位，施用晨笼解罩法，点按廉泉；施用提拿足三阴法，点按照海、三阴交。适用于肺热津伤型。

2. 患者坐位，医者以拇指点按脾俞、三焦俞。嘱患者仰卧位，施用点三脘开阖门法，点按天枢；施用提拿足三阴法，点按陷谷、太溪、三阴交。适用于胃热炽盛型。

3. 患者坐位，医者以拇指点按三焦俞、肾俞、横搓命门。一手握患腕，另一手施用揉拿手三阳法，点按三阴交、太溪、照海。适用于肾气亏虚者。

(九)气功疗法：用阴阳功法。

1. 意气相随，吸气时，意想涌泉穴之肾水上升，经会阴、丹田至膻中；然后呼气，并意想心火自膻中下降，经丹田、会阴至涌泉。如此一呼一吸，一上一下，共18次。待至口中津液满时，慢慢咽液吞津，用意念将口中津液送至腹部丹田。

2. 每晨3～5时练功，坐于床上，将身体稍向后仰，一只手掌心朝天，尽力上举，另一手朝地，尽力下按。如此一上一下，轮换操作，各做36次。呼吸要深至下焦，并意想肾水上升滋润中、上二焦。然后静养，叩齿吞津。

(十)日光浴疗法：全身照射。但夏天照射不宜过多出汗，以免加重糖尿病高渗性多饮食症状。

(十一)矿泉疗法：

1. 浴用：取重碳酸钠泉、硫酸钠泉、碳酸泉、硫化氢泉、单纯温泉，全身浸浴15～20min，每日或隔日1次。

2. 饮用：取重碳酸钠泉、硫酸钠泉、氯化钠泉、硫化氢泉均可，饭前温饮，1～3次/d。

(十二)麦饭石疗法：麦饭石水溶液，每日饮3 000ml，3个月为1疗程。

(十三)单验方：

1. 生地、黄芪各30g，山药90g，水煎服，1剂/d。适用于气阴两虚者。

2. 玉米须、积雪草各30g，煎汤代茶，有降糖作用。

3. 蚕蛹30g、玉米须60g，水煎，2次/d，口服。

4. 熟地、山药各30g，党参、覆盆子各15g，五味子5g，五倍子3g。水煎服，日服3次。适用于肾虚者。

(十四)饮食疗法：

1. 猪胰1只，焙干研粉，每次9g，日服2次，长期服用。

2．猪骨适量、松树二层皮60g，炖汤饮。

3．猪脊骨1具（洗净剁碎）、红枣150g、莲子（去心）100g、木香3g、甘草10g，后2味药以纱布包扎，同放锅内，加水炖煮4h，分顿食用。以喝汤为主，并可吃肉、枣、莲子。

4．猪胰1具，煮汤，加薏苡仁60g，煮粥食之。

5．磁化水1 000～3 000ml，早晚空腹饮之。

糖尿病酮症酸中毒

本症是最常见的内分泌急症，多见于Ⅰ型及部分控制不佳的Ⅱ型糖尿病，胰岛素显著缺乏是本症的主要致病因素，常于应激情况下因体内若干升糖激素增高，促使糖利用能力急剧恶化，脂肪分解加速，遂产生大量酮体。

【诊断要点】

（一）有引起本症的诱因，如感染、胰岛素治疗中断或不适当减量、饮食不当、创伤、手术、妊娠和分娩等，

（二）原有糖尿病症状加重，如烦渴、多尿、软弱等，然后出现厌食、恶心、呕吐、腹部不适、嗜睡，终于昏迷。

（三）体检有呼吸加深、加快，呼气有酮味（如烂苹果味）。皮肤干燥，缺乏弹性，眼球下陷，眼压降低（眼球软），还有循环虚脱的表现，如四肢厥冷、脉弱、低血压、休克、各种反射迟钝或消失、昏迷等。

（四）辅助检查：

1．尿糖、尿酮强阳性，可有蛋白尿及管型尿。但当肾功能严重损害而阈值增高时，尿糖和尿酮可减少。

2．血糖多为16.7～33.3mmol/L（300～600mg/dl），有时可达55.5mmol/L（1 000mg/dl）以上。血酮体增高，严重者可超过4.8mmol/L（50mg/dl）。二氧化碳结合力降低，轻者13.5～18.0mmol/L，重者在9.0mmol/L以下。血钠血氯降低，血钾初期正常或偏低，尿量减少后可偏高，治疗后如补钾不足可下降到3mmol/L（11.7mg/dl）以下。白细胞计数增高，即使无合并感染，亦可达2万左右，以中性粒细胞增多为主。

【治疗】

（一）补液：开始2h可补生理盐水2 000ml，待血压回升，循环改善后

逐渐减慢，视病情需要，每4～6h滴注500～1 000ml，多数患者第1d需补4 000～6 000ml。老年人及有心血管病者，一般第1d不超过4 000ml。因血糖显著增高，故开始治疗时不需用葡萄糖溶液，当血糖降至13.9mmol/L(250mg/dl)左右时，可开始输入5%葡萄糖液，防止发生低血糖反应。

(二)补充胰岛素：目前推崇小剂量持续疗法，以防低血糖、低血钾及脑水肿。重者首次肌肉注射正规胰岛素20u(体克患者静脉注射8～12u)，继之以4～8u/h的速度加于补液中持续滴注。如2h血糖降低＜30%者，剂量加倍。当血糖≤13.8mmol/L(250mg/dl)时可减为胰岛素2u/h溶于5%葡萄糖盐水中滴注，或每2h肌注正规胰岛素4～6u(胰岛素肌注半衰期为2h)。待可以进食后改为餐前皮下注射，逐步转入平常的治疗。

(三)纠正电解质紊乱及酸中毒：轻者经上述处理后可逐步纠正失钠和酸中毒，不必补碱。重症者如血pH＜7.1、二氧化碳结合力＜10～15容积%，可适当补碱，一般用每公斤体重5%碳酸氢钠溶液5ml可提高二氧化碳结合力10容积%；一般先给半量，2～4h复查二氧化碳结合力后，再考虑是否再用。一般不用乳酸钠溶液，以免发生乳酸性酸中毒。关于钾的补充应视情况而定，如治疗前血钾＜正常，则开始治疗时就应补钾，头2～4h可用1～1.5g氯化钾加入补液中滴注。如治疗前血钾正常，每小时尿量在40ml以上，可在输液和胰岛素治疗的同时即开始补钾；若每小时尿量少于30ml，宜暂缓补钾，待尿量增加后再开始补钾；如治疗前血钾高于正常，应暂缓补钾。

(四)处理诱发病和并发症：如休克、感染、心衰、心律失常、肾功能衰竭、脑水肿等并发症，应积极防治，并注意去除诱因。

高渗性非酮症糖尿病昏迷

本症是糖尿病急性代谢紊乱的另一临床类型。多见于老年患者，约2/3病例发病前无糖尿病史或仅有轻度症状。

【诊断要点】

(一)多见于轻型糖尿病的老年患者，大多数患者昏迷前无糖尿病史。

(二)常有明显诱因，如感染、急性肠胃炎、脑血管意外、严重肾脏疾

病、血液或腹膜透析治疗、某些药物(如糖皮质激素,免疫抑制剂)、误诊输入葡萄糖液或口服大量橘子糖水等诱发或促使病情恶化。

(三)临床先表现为多尿、多饮,多食并不明显,甚至发生食欲减退、恶心、呕吐。随后出现嗜睡、幻觉及定向障碍、癫痫样抽搐,最后陷入昏迷,严重脱水者常有低血压及休克。

(四)辅助检查:

1. 尿糖强阳性,尿酮体阴性或微量。

2. 血糖>33.3mmol/L(600mg/dl)。

3. 血浆渗透压>350mOsm/L。

4. 血钠可达155mmol/L,亦可正常,血钾可正常或增高。

5. 因脱水致红细胞压积与血浆蛋白增高,血尿素氮增加。

[治疗]

(一)输液:积极补充低渗盐水是治疗成功的关键。一旦确诊,即于2h内快速补充2L 0.45%盐水,以后每2h给1L,据中心静脉压调整。当血糖降到13.9mmol/L(250mg/dl)时,可改输5%葡萄糖液,最初12h给予缺水量的半量,剩余半量在以后24h内补给,一般需补6~16L;如治疗初期患者即有低血压,则应予以补等渗盐水,直到中心静脉压开始上升;如收缩压维持在10.6kPa(80mmHg),应予以输血(或血浆)。

(二)应用胰岛素:其剂量宜比酮症酸中毒小,因本症对胰岛素较敏感。近年多主张小剂量胰岛素治疗,剂量为每小时0.1u/kg体重胰岛素,首次剂量14~20u,以后改为5u/h。直到血糖≤16.7mmol/L(300mg/dl)时,可开始输入5%葡萄糖液。胰岛素改为皮下注射。

(三)纠正电解质紊乱:在开始治疗6h后应常规补钾,可用氯化钾,持续补数天至1周。如补液中患者一直处于昏迷状态或稍有好转后又陷入昏迷,应及时停止输入低渗溶液,采用脱水治疗和静注地塞米松。

(四)积极治疗诱因和各种并发症。

高渗性失水

[病因]

(一)水摄入不足:如禁食、输液不足等。

(二)失水过多:如烈日下和高温环境中工作、高热、大汗、利尿剂应

用、尿崩症、大面积烧伤，以及糖尿病酮症酸中毒或非酮症高渗性昏迷等引起。

【诊断要点】

（一）临床表现：

1. 有水摄入不足或丢失过多的病史。

2. 轻度失水占体重的2%～3%，量为1 000～1 800ml，有口渴；中度失水占体重的3%～6%，2 000～3 600ml，除口渴外尚出现三少一高，即唾液少、汗液少、尿少、尿相对密度高，皮肤粘膜干燥，眼球稍凹陷，脉搏增快。重度失水约占体重的6%以上，量约4 000ml，除上述症状加重外，可以出现发热、意识障碍、低血容量休克。当失水超过体重的15%时，可引起死亡。

（二）实验室检查：

1. 血清钠＞145mmol/L，血浆渗透压＞320mOsm/L。

2. 尿量减少，尿相对密度＞1.025。

3. 血液浓缩，血细胞比容和血红蛋白均增高，红细胞平均体积下降。

4. 血尿素氮可能升高。

【治疗】

（一）针对病因治疗。

（二）轻度失水者首选从胃肠道补液。中度以上失水采用静脉补液，以5%葡萄糖溶液为主。

（三）补液量：

1. 按临床表现估计轻度（2%）为20～30ml/kg体重；中度（6%）为50～60ml/kg体重；重度（10%以上）为70～140ml/kg体重。

2. 按血钠浓度计算：

［患者血Na(mmol/L)－142］×体重(kg)×K/142＝补液量(L)

式中K值：成人为0.6；2～14岁为0.65；小于2岁为0.7。

低渗性失水

[病因]

(一)长期反复呕吐、腹泻及肠瘘和胰瘘等大量丢失消化液的情况下，钠补充不足。

(二)任何原因所致高渗或等渗性失水，在治疗过程中补充水分过多。

(三)肾失钠多于失水：利钠性利尿剂和醛固酮拮抗剂的应用、急性肾功能衰竭利尿期、慢性肾病、慢性肾上腺皮质功能低下以及糖尿病酸中毒等。

[诊断要点]

(一)临床表现：

1. 病史中有失钠多于失水的依据。

2. 轻度缺钠性失水者约失盐0.5g/kg体重，患者感觉软弱无力、恶心、呕吐、头昏，常无口渴感。中度缺钠性失水者失盐0.5～0.75g/kg体重，除上述表现外尚有眼球下陷、皮肤弹性差、血压下降等。重度缺钠性失水者失盐＞0.75g/kg体重，有脉搏细弱甚至昏迷、周围循环衰竭。

(二)实验室检查：

1. 血清钠＜130mmol/L，血浆渗透压＜280mOsm/L。

2. 尿相对密度降低，尿钠减少。

3. 红细胞压积和血红蛋白均增高。

[治疗]

(一)补液种类：轻、中度失盐可给予等渗盐水；重度者补一定量的胶体溶液，并给予高渗盐水。

(二)补液总量：按红细胞压积计算失液量再加每日需要量。

失液量(ml)＝

(所测红细胞压积－正常红细胞压积)/正常红细胞压积×体重(kg)×200

正常红细胞压积：男性为48±7%；女性42±5%。

(三)补盐量：

补钠量(mmol)＝142－所测血钠值(mmol/L)×体重(kg)×0.2

根据所需补钠量，按氯化钠1g含钠17mmol计算，即得所需氯化钠量，再换算成含钠溶液如生理盐水、高渗盐水。

(四)其他:补液后如尿量增至30～40ml/h,一般应考虑补钾,以预防低钾。

等渗性失水

【病因】

(一)腹泻、呕吐和肠瘘等消化液大量丧失。

(二)胸水、肝硬化腹水等大量放液。

【诊断要点】

(一)临床表现:

1. 有大量消化液丢失及大量胸、腹水放出病史。

2. 口渴、少尿或无尿、皮肤弹性差、粘膜干燥、脉搏细速、脉压减少。严重者可出现低血容量休克及肾功能衰竭。

(二)实验室检查:

1. 血清钠及血浆渗透压正常。

2. 血细胞比容、血红蛋白、血浆蛋白均增高。

【治疗】

(一)主要补充5%葡萄糖生理盐水或平衡盐液。

(二)补液量:按血细胞比容计算:

补液量(L)=(患者血细胞比容－A)/A×0.2×体重(kg)

式中A:男性为48;女性为42。

(三)补充血容量的同时,注意纠正酸中毒和钾等的补给。

水 中 毒

【病因】

(一)抗利尿激素分泌过多:①疼痛、失血、严重感染、大手术后、休克等应激状态;②抗利尿激素分泌异常综合征。

(二)肾功能不全或重度缺钠情况下,过多或过快地输入缺少电解质的液体。

【诊断要点】

(一)临床表现:

1. 病史中有水中毒的基础病因和进水量过多。

2．虚弱无力，皮下组织水肿。重者可出现定向障碍、脑水肿及肺水肿。

（二）实验室检查：

1．血钠＜120mmol/L，血浆渗透压＜280mOsm/L。

2．尿量增多，尿相对密度降低。

3．血细胞比容及血红蛋白降低。

【治疗】

（一）治疗原发病。

（二）停止给水，进干食，限制进水量。

（三）利尿排水。

（四）如出现脑水肿或肺水肿时，可给3%或5%氯化钠溶液，按5ml/kg体重静滴，以提高血浆渗透压。此应注意观察心肺功能、尿量及血钠。

低钠血症

低钠血症即血清钠＜135mmol/L，它表示血浆中钠浓度的降低，不表示体内总钠量的丢失。根据缺钠的性质可分为缺钠性低钠血症，稀释性低钠血症及消耗性低钠血症。

【诊断要点】

（一）临床表现：

1．缺钠性低钠血症同低渗性失水。

2．稀释性低钠血症同水中毒。

3．消耗性低钠血症除原发病，如肺结核、肺癌、肝硬化等慢性疾病表现外，多无因血清钠降低引起的症状。

（二）实验室检查：

1．血清钠＜135mmol/L，血浆渗透压＜280mOsm/L。

2．尿相对密度在缺钠性低钠血症中高，后2种类型一般降低。

【治疗】

（一）缺钠性低钠血症参考低渗性失水。

（二）稀释性低钠血症参考水中毒。

（三）消耗性低钠血症主要是治疗原发病。

高钠血症

高钠血症即血清钠＞145mmol/L。依其病因可分为因高渗性失水所致的浓缩性高钠血症、因肾排钠减少所致的潴钠性高钠血症2种。

[诊断要点]

(一)临床表现：

1. 病史中有摄钠过多、排钠障碍、输入过多高渗钠盐溶液或失水大于失钠的依据。

2. 主要表现为神经精神症状，如神志恍惚、烦躁不安；或精神淡漠、嗜睡、肌张力增高、腱反射亢进、癫痫样发作、抽搐等。

3. 浓缩性高钠血症的症状及体征常为失水的临床表现所掩盖。

(二)实验室检查：

1. 血清钠＞145mmol/L，血浆渗透压＞295mmol/L。

2. 尿相对密度＞1.025。

[治疗]

(一)浓缩性高钠血症主要为补充水分(参考高渗性失水)，但纠正不宜过急，48h内逐步进行，以免引起脑水肿。

(二)潴钠性高钠血症主要是治疗原发病，限制钠盐摄入，使用排钠利尿剂。

高钾血症

[病因]

(一)严重损伤后、大面积烧伤、缺氧、酸中毒、中毒感染等。

(二)急性肾功能衰竭少尿或无尿期。

(三)输入较多库存血或含钾药物等。

(四)肾上腺皮质功能不足时，排钾障碍。

(五)补钾过量。

[诊断要点]

(一)临床表现：

1. 病史中有摄钾过多或排钾障碍的原因。

2. 心血管症状：心率缓慢、心律失常甚至心脏骤停。早期血压稍升

高，晚期降低。

3. 神经肌肉症状：全身无力、四肢麻木、四肢呈弛缓性瘫痪、腱反射减弱或消失，严重者呼吸肌麻痹。

（二）实验室检查：

1. 血清钾＞5.5mmol/L。

2. 心电图：早期 T 波高而尖，Q－T 间期延长，P－R 间期延长。血钾达 7～8mmol/L 时 QRS 增宽，ST－T 改变可出现窦房阻滞、窦性停搏、心室扑动或颤动、心脏停搏。

【治疗】

（一）停给钾盐。

（二）促进钾向细胞内转移：用 25% 葡萄糖 100～200ml，每 3～5g 糖加 1u 普通胰岛素，静滴。必要时可在 3～4h 后重复应用。

（三）排钾：①排钾利尿剂应用；②肾功能衰竭所致高血钾者，可行血透、腹透、结肠灌洗；③可应用聚苯乙烯磺酸钠阳离子交换树脂 40～80g，每日分 3～4 次口服，伴以 70% 山梨醇，每 6～8h 用 10～20ml。

（四）拮抗钾对心肌的毒性作用：给 10% 葡萄糖酸钙或 5% 氯化钙 10～20ml，静注，必要时重复应用。

（五）11.2% 乳酸钠 40～60ml 或 5% 碳酸氢钠 60～100ml 静注，然后再静滴 100～200ml，尤适用于伴酸中毒者。

低钾血症

【病因】

（一）摄入不足：如禁食、食欲减退、补钾不足等。

（二）丢失过多：如呕吐、腹泻、肠瘘等胃肠失钾，大汗，应用排钾利尿剂等。

（三）虽无缺钾，但钾在体内分布异常（如碱中毒和胰岛素治疗等）以及血浆稀释时。

【诊断要点】

（一）临床表现：

1. 病史中有摄钾不足，排钾过多等原因。

2. 四肢软弱无力，腱反射迟钝或消失，甚至出现弛缓性肌瘫痪。

3. 轻者恶心、呕吐、腹胀、乏力，重者可出现肠麻痹、心律失常、血压下降、心力衰竭。

（二）实验室检查：

1. 血钾＜3.5mmol/L。

2. 心电图改变：

（1）T 波基底增宽、低平、倒置，伴 U 波出现，Q－T 间期延长。

（2）严重心律失常，以室性异位心律常见，包括室性过早搏动、室性心动过速或心室扑动与颤动。

【治疗】

（一）治疗原发病。

（二）进食含钾丰富的食物和水果，如谷类、鱼类、蔬菜、水果、鲜橘汁等。

（三）补钾：

1. 轻度缺钾，可口服氯化钾 3～6g/d，分 3 次服。

2. 重者或不能口服者可于 500ml 葡萄糖中加入 1～1.5g 氯化钾静滴，根据缺钾程度每日可补 6～12g 氯化钾。补钾时应注意：

（1）静滴速度宜均匀，速度以 13～20mmol/h 为宜，即不超过 1～1.5g 氯化钾。

（2）浓度不超过 40mmol/L 为宜（1g 氯化钾含钾 13.4mmol/L，即不超过 3g/L）。

（3）绝对禁忌静注 10% 氯化钾。

（4）每天监测血钾（或心电监护），随时调整剂量，病情好转能进水时即改为口服。

（5）低血钾常伴有钙及镁的缺乏。

（6）难治性低钾血症应注意有无合并碱中毒。

高镁血症

【病因】

（一）静脉补镁过量和肾功能衰竭少尿者。

（二）糖尿病酸中毒早期。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1．有摄镁过多或排镁障碍的病史。

2．恶心、呕吐、乏力、心动过缓、肌张力低、软瘫、血压下降，严重者呼吸麻痹、心率缓慢、血压下降、心脏停搏。

(二)实验室检查：

1．血清镁＞1.2mmol/L。

2．心电图：T波高尖、室性早搏、QRS波增宽或传导阻滞。

3．肌电图：肌肉应激性降低改变。

【治疗】

(　)治疗原发病，改善肾功能，限制镁摄入。

(二)10%葡萄糖酸钙或5%氯化钙10～20ml静脉缓注，可抑制镁对心肌和肌肉的抑制。

(三)重症或肾功能不全者可行透析疗法(不含镁透析液)。

(四)纠正失水、酸中毒，改善肾功能以利排镁。

低镁血症

【病因】

(一)摄入不足，丢失过多：长期禁食、呕吐、腹泻、肠瘘及胃肠道减压；透析液中缺镁。

(二)吸收不良：小肠上段切除，吸收不良综合征。

(三)各种原因多尿、长期服利尿剂。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1．有镁摄入不足或肠道、肾脏丢失镁的证据。

2．神经肌肉兴奋性增强，可见肌肉震颤、手足搐搦而血钙正常，腱反射亢进。少数患者可出现惊厥、昏迷。

3．常有室性早搏、心动过速。

4．常与低血钾、低血磷、低血钠及低血钙等电解质紊乱并存。

(　)实验室检查：

1．血清镁＜0.6mmol/L．

2. 心电图：室性或结性心动过速，T 波倒置，ST 段下移。

3. 肌电图：肌肉应激性增高。

【治疗】

（一）病因治疗：饮食中注意增加镁的摄入。

（二）轻者可口服氯化镁 0.2～0.5g，3 次/d；不能口服者可肌注 25%～50% 硫酸镁 2～4ml，3～4 次/d。重者可按 10% 硫酸镁每日 0.5ml/kg 体重计算，加入 5% 葡萄糖中静脉缓慢滴入。

代谢性酸中毒

【病因】

（一）产酸过多：如饥饿、急性感染、全身麻醉、休克及糖尿病。

（二）排酸困难：如肾功能衰竭、肾小管酸中毒。

（三）碱性物质丢失过多：多见于严重腹泻、胆胰肠瘘、大面积烧伤等。

（四）酸性物质摄入过多：如服用大量氯化铵、水杨酸盐等，但少见。

【诊断要点】

（一）临床表现：

1. 病史中有碱丢失或酸积贮的依据。

2. 常有周围血管扩张、面色潮红、恶心、呕吐、嗜睡，重者神志恍惚，甚至昏迷、呼吸深快等。

（二）实验室检查：

1. 血气分析：血 pH＜7.4，碳酸氢盐浓度（AB）降低，二氧化碳分压（PCO_2）降低，剩余碱（BE）负值增大。

2. 如能排除呼吸性碱中毒，则二氧化碳结合力下降可提示本病及反映其程度。二氧化碳结合力在 15mmol/L 以上为轻度，15～8mmol/L 为中度，8mmol/L 以下为重度。

【治疗】

（一）治疗原发病。

（二）应用碱性药物：常用补碱药物有碳酸氢钠、乳酸钠、三羟甲基氨基甲烷。

1. 碳酸氢钠：疗效确实，作用快，最为常用。轻者口服，每次 1～2g，3～4 次/d。静脉滴注常用 4% 或 5% 的高渗溶液，另有 1.5% 等渗溶液，

补碱量估计如下：

(1)有条件做血气分析可根据标准碳酸氢盐或剩余碱计算。

(2)无条件做血气分析可根据二氧化碳结合力计算。

所需补碱量(mmol)＝

[正常二氧化碳结合力－患者二氧化碳结合力(mmol/L)]×0.3×体重(kg)

所需补5%碳酸氢钠量(ml)＝所需补碱量(mmol)/0.6

所需补1.5%碳酸氢钠量(ml)＝所需补碱量(mmol)/0.178

先按计算量的1/2～1/3首次给予，然后再根据临床表现及化验报告决定下一步治疗。

(3)较简单的可按每千克体重需5%碳酸氢钠2～2.5ml提高血浆二氧化碳结合力4.5mmol/L计算。

2.乳酸钠：常用11.2%溶液，此液1ml等于1mmol，根据CO_2CP计算的所需补碱量，即为本溶液所需毫升数。急救时可先按每次1～1.5ml/kg体重计算后静脉滴入。缺氧、肝肾功能不全及乳酸性酸中毒时不宜使用。

3.三羟甲基氨基甲烷：常用7.26%溶液，按每次2～3ml/kg体重计算后静脉滴入。对忌用钠盐患者尤其适用。

补碱量原则以偏低为好，一般使用二氧化碳结合力纠正至18～20mmol/L即可。

代谢性碱中毒

【病因】

(一)酸丧失：如幽门梗阻、持续大量呕吐、持续胃肠减压等。

(二)碱摄入过多：长期或大量服用或输注过多碱性药物。

(三)各种原因所致的低钾或(及)低氯性代谢性碱中毒如长期应用髓袢利尿剂。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1.病史中有固定酸丢失过多或体内碱过多的原因。

2.患者常表现为兴奋或躁动，手足麻木，肢体肌肉抽动，呼吸浅慢，重者嗜睡、昏迷。

(二)实验室检查：

1．血气分析：pH＞7.5，碳酸氢盐增高，剩余碱正值增高。

2．二氧化碳结合力升高。

3．常伴低钾、低氯或低钙血症。

【治疗】

(一)针对病因治疗。

(二)停用一切碱性药物或含碱量高的食物。

(三)补充丢失的液体量及电解质。

(四)应用酸性药物：

口服氯化铵 1～2g，3 次/d．必要时可按每千克体重用 2% 氯化铵 1ml 能降低二氧化碳结合力 0.45mmol/L 计算，得出应给氯化铵量，以 5% 葡萄糖稀释后分 2～3 次静脉滴入。

呼吸性酸中毒

【病因】

(一)急性：见于呼吸道阻塞、呼吸中枢抑制、呼吸肌麻痹、急性广泛性肺病变(如肺炎、肺充血、肺水肿)、气胸、手术麻醉等。

(二)慢性：常见于慢性广泛性肺组织病变，如肺气肿、肺不张、肺纤维化及广泛性胸膜病变。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1．病史中有引起肺泡通气不足的原因。

2．急性者以窒息缺氧为主，有严重呼吸困难及青紫。

3．慢性者早期仅有慢性肺部疾患的临床表现。如发生肺部感染和手术应激时，常发生急性肺功能衰竭伴呼吸性酸中毒，则出现青紫明显、呼吸浅表而不规则、头痛、兴奋、意识障碍等肺性脑病的表现。

(二)实验室检查：

1．血气分析：二氧化碳分压＞6.0kPa，pH＜7.5。

2．二氧化碳结合力增加。

【治疗】

(一)治疗原发病。

(二)改善肺换气功能,解除呼吸道梗阻,如吸痰、气管插管、气管切开、人工呼吸或使用呼吸机等。

(三)必要时给呼吸中枢兴奋剂。

(四)应急时可用7.26%三羟甲基氨基甲烷每次2～3ml/kg体重,以等量5%～10%葡萄糖溶液稀释后静滴。

呼吸性碱中毒

【病因】

各种原因所引起的肺通气过度:

(一)癔病性过度换气。

(二)高热、中暑、肝昏迷、颅脑损伤。

(三)麻醉中过度换气,机械通气过多。

(四)水杨酸、三聚乙醛等中毒刺激呼吸中枢致通气过度。

【诊断要点】

(一)临床表现:

1. 病史中有引起肺泡通气过度的原因。

2. 头昏、激动、手足麻木、手足搐搦等。

(二)实验室检查:

1. 血气分析:pH>7.5,二氧化碳分压<4.7kPa。

2. 二氧化碳结合力降低,并能排除代谢性酸中毒。

【治疗】

(一)病因治疗,如控制机械通气速率;控制颅内感染;水杨酸中毒早期可洗胃,后输液利尿;癔病患者进行精神治疗等。

(二)吸入含5%二氧化碳的氧气;或口部罩以纸袋,吸回呼出的二氧化碳。

(三)手足搐搦者用10%葡萄糖酸钙10～20ml静脉注射。也可使用镇静剂。

第七节　风湿性疾病

类风湿性关节炎

本病是以慢性对称性多关节炎为主要表现的一种全身性疾病。病因不明，一般认为是感染后引起的自身免疫反应，导致以滑膜炎为基础的关节病变。

【诊断要点】

（一）多见于青壮年，发病多迟缓，受累关节以双手关节、腕、膝、足关节最为多见。关节肿胀，伴疼痛、压痛及僵硬。关节僵硬以晨起明显，活动后减轻为其特点。

（二）活动期可有发热、心悸、多汗、贫血、消瘦。关节肿、痛、热，但表皮很少发红，伴运动功能障碍。

（三）辅助检查：

1. 活动期血沉加快，缓解期正常。血浆蛋白电泳早期 α_2 增加，进展到慢性者，γ 球蛋白增高。血中类风湿因子阳性。

2. X 线早期可无变化，病变明显时关节周围骨质稀疏，关节间隙变窄。晚期呈关节屈曲，半脱位畸形，骨稀疏更明显。

【治疗】

（一）一般疗法：有发热及关节明显肿痛时，应卧床休息。待症状基本控制后可适当活动。饮食应含足够热量的蛋白质及维生素。

（二）非特异性对症治疗：

1. 阿斯匹林：开始 0.6g，4 次/d，口服。无效时加量有时达每日总量 4～6g 才能奏效，该药宜饮后服或用肠溶片可减少胃肠反应。有溃疡者慎用。

2. 消炎痛：最大剂量为 50mg，3 次/d，口服。不能耐受时可改用栓剂。

3. 布洛芬：0.4g，3～4 次/d，口服。

4. 萘普生：250mg，2 次/d，口服。

5. 异丙肌苷：1g，3 次/d，口服。具有调节免疫功能，作用迅速，有效率高及毒性低

6. 炎痛喜康：20mg，1 次/d，口服。

7. 抗炎酸：250mg，3～4 次/d，口服。

8. 糖皮质激素：一般不作首选。只有其他治疗无效或病情急进重笃、高热不退时才考虑应用，但用量不宜大，疗程不宜长。

(1)强的松：5mg，2～3 次/d，口服。病情缓解后减量，用 5～7.5mg/d 维持。

(2)醋酸强的松龙：在少数大关节受损时用于关节腔内注射，每 4～6 周注射 1 次。

(三)改变病情药：

1. 金制剂：常用硫代苹果酸金钠或硫代葡萄糖金，最初剂量为 2～3 次，10～25mg/次，以后 50mg，皆每周肌注 1 次。直到发生疗效后（一般总量达 1.0g 左右）减少剂量或延长注射间隔期。维持量可长期注射，50mg/次，每月肌注 1 次，注射总量达 1g 无进步者，可不必再继续使用。每次注射前查血、尿常规，以及询问有无皮肤瘙痒及口炎等症状。近年有口服金诺芬，6mg/d，效果也可以，但副作用少些。

2. 青霉胺：最初 125mg，2 次/d，口服。1 个月后剂量可加倍，再 1 个月后仍无效，可再将剂量再增至 250mg，3 次/d，关节炎症状多于 3 个月内改善，有时服至半年生效。再减量维持，可服用 1 年至数年。用药过程中应防止肾损害。

3. 雷公藤：由于产地不同，各地制剂与剂量不一，效果也有差别。但对本病有肯定疗效，可减轻症状及降低血沉和类风湿因子效价。本药既有抗炎作用（服药后症状进步快），又有免疫抑制作用（久服后效果更好）。

4. 免疫抑制剂：多用于其他治疗无效的病例。环磷酰胺 100mg，1 次/d；200mg，隔日 1 次，或者硫唑嘌呤 100mg，1 次/d，一般用药 6 周后症状好转。近年用甲氨喋呤，静脉注射，每周 1 次，每次由小量增至 15～20mg，起效较环磷酰胺及硫唑嘌呤为早。

(四)矫形外科治疗：适用于晚期病例有关节畸形者，以改进关节功能。

(五)中医治疗：

1. 风寒湿痹：症同前述。治法：祛风除湿，温经散寒。方药：蠲痹汤加减。

2. 风湿热痹：症同前述。舌苔黄燥，脉滑数。治法：清热通络，祛风除湿。方药：白虎加桂枝汤加银花藤、连翘、黄柏、海桐皮、灵仙、桑枝、川牛膝。

3. 肝肾亏虚，痰凝血瘀：关节肿大畸形，肌肉萎缩，舌淡、苔白，脉沉细。治法：补益肝肾，化痰通瘀。方药：三痹汤加鹿角片、甲珠。

(六)针灸治疗：

1. 体针：上肢以曲池、外关为主，配肩髃阳池、合谷；下肢以阳陵泉为主，配鹤顶、犊鼻、绝骨、解溪、昆仑、太冲；腰背以大杼为主，配大椎、身柱、至阳、阳关、命门。另外，还应辨证取穴：风胜取风门、肺俞、风市；寒胜取大椎、阳关、命门、曲池、足三里；湿胜取阴陵泉、三阴交、委中、承筋。

2. 灸法：肩部：肩髃、秉风、天宗、肩贞、曲池、条口；肘部：曲池、天井、尺泽、手三里、小海、合谷；膝部：内、外膝眼、足三里、阳陵泉、委中、梁丘；踝部：足三里、昆仑、太溪、解溪、丘墟，每次选3～4穴，艾条温和灸，隔日1次。

3. 拔罐：肩关节取肩外俞、曲垣、肩髃、肩贞、天宗；肘关节取曲池、曲泽、天井、手三里；腕关节取内关、外关、鱼际；脊柱取大杼、肺俞、膈俞、肝俞、肾俞；髋关节取环跳、膀胱俞、次髎、髀关、承扶；膝关节取血海、犊鼻、阴陵泉、阳陵泉、委中、阴市、足三里；踝关节取三阴交、下巨墟、陷谷、承山。

4. 耳针：取神门、皮质下、内分泌、相应部位。

5. 手针：取前头痛点、后头痛点及相应部位痛点。

6. 皮肤针：取脊背两侧及关节局部。

7. 头针：取双侧感觉区上1/5、中2/5。

8. 贴敷疗法：

(1)鲜烟叶、松香粉、高粱酒各适量，将烟叶捣烂绞汁，和松香粉，晒干，用高粱酒调匀，涂于布上，贴患处，每日换1次。

(2)鲜红辣椒10个、鲜红萝卜1个，将二者捣成泥膏状，敷于患处，每日换1次。热痹不宜。

(3)羌活、防风、白芷、当归、细辛、芫花、白芍、吴茱萸、肉桂各3g，研

细末，赤皮葱连须240g，捣烂后与药末和匀。加醋炒热，布包热熨患处，1～2次/d。热痹不宜。

9. 穴位注射：用当归注射液注入患处附近穴位2～3个，每穴注药0.5～1ml。隔日1次，10次为1疗程。勿将药液注入关节腔内。

10. 蜂毒疗法：每次用1～5只蜂，进行疼痛部位或周围穴位螫刺，每日或隔日1次。

（七）推拿疗法：

1. 患者坐位，医者以双手提拿肩井，点按肩髃、肩井、肩贞；施用揉拿手三阳法，点按曲池、曲泽、阳池；施用掐拿八缝法，掐拿八邪法。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阳法，点按秩边、商丘。适用于风偏胜者。

2. 患者坐位，医者以双拇指点按大椎、风池、肾俞。医者一手握患腕，另一手施用揉拿手三阴法，点按手三里、肩贞、合谷；施用掐拿八邪法。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阴法，点按犊鼻。适用于寒偏胜者。

3. 患者坐位，医者以双拇指点按膀胱俞、脾俞；施用揉拿手三阴法，点按手三里。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阴法，点按足三里、商丘。适用于湿偏胜者。

4. 患者坐位，医者以双拇指点按大椎；一手握患腕，另一手施用揉拿手三阳法，点按合谷、曲池；施用提拿足三阳法，点按足三里、商丘。适用于风湿热痹。

（八）单验方：

1. 松枝500g、白酒1 000g，浸泡1周，每次视酒量大小适量饮服，3次/d。

2. 威灵仙60g，酒浸3～7d，晒干研末，炼蜜为丸，每丸重6g，每次1丸，日服2次。体弱者不宜常服。

3. 透骨草15g、追地风16g、千年健12g、豨莶草30g，水煎洗患处或药浴，2次/d。

（九）饮食疗法：猪瘦肉160g或猪蹄1个、雷公藤15g、陈酒60～120ml，同煮至肉熟，食肉喝汤。

系统性红斑狼疮

本病是一种累及多系统多器官的，具有多种自身抗体的自体免疫性

疾病，病因多认为与遗传素质和免疫功能紊乱有关。

【诊断要点】

（一）本病以青年女性多见，发病年龄大多为15～35岁，起病可为急性，暴发性或隐匿性、常有多脏器损害，病情常反复缓解和恶化。

（二）80%的患者有皮肤损害，出现对称性皮疹，典型者两面颊和鼻梁部位呈蝶形或盘状红斑。90%的患者出现对称性手的近端指间关节、足、膝、腕和踝关节肿痛。15%～20%的患者有雷诺现象和（或）血管炎，活动期有口腔溃疡，脱发多见，30%的患者有单侧或双侧胸膜炎。其他尚有光过敏及神经精神症状（如癫痫样发作）和器质性脑病。

（三）辅助检查：

1．血沉增快、白细胞降低（50%）的患者有白细胞＜4 000/μl和溶血性贫血，1/3患者血小板减少。

2．蛋白尿。

3．狼疮细胞阳性，抗核抗体阳性，抗双链DNA抗体阳性，抗Sm抗体有30%为阳性。

【治疗】

（一）一般治疗：急性活动期病应卧床休息，慢性期或病情稳定的患者可适当锻炼，注意劳逸结合。有感染者要积极控制，对光过敏者，应避免皮肤直接暴露于阳光。避免服用可引起药物性狼疮的药物。未生育的妇女要严格避孕，需手术者应在病情稳定时进行。

（二）非甾体类抗炎药：主要应用于有发热、关节酸痛、乏力、肌痛等症状而无明显内脏或血液系统影响的轻症患者。①阿斯匹林1.0g，3～4次/d，口服；②消炎痛25～50mg，3次/d，口服；③萘普生50mg，2次/d，口服。以上药物对伴有肾炎者使用应特别小心。

（三）抗疟药：氯喹是治疗盘状红斑狼疮主药，对控制皮疹、光敏感有较好效果。常用氯喹剂量为250～500mg/d或羟基氯喹200～400mg/d，分次服用。为预防眼部病变，宜间歇服用。一般用药6～9个月后停药数月，需要时再服，每6个月检查眼底1次。

（四）糖皮质激素：适应证如下：

（1）急性或暴发性狼疮。

（2）主要脏器（如肾脏、中枢神经系统、心肺或浆膜等）受累者。

(3)急性自身免疫性溶血性贫血和血小板减少性紫癜等。

(4)实验室检查明显异常，如抗核抗体阳性、血沉升高、IgG 明显增高。通常使用强的松，剂量为每日 1mg/kg 体重。病情严重者剂量可加倍，病情轻者可按每日 0.5mg/kg 体重给药。但对暴发性、顽固性和严重中枢神经系病变者可试用短期大剂量激素冲击治疗，如甲基强的松龙 1 000mg 静脉滴注，1 次/d，共 3d，第 2 周视情况还可重复疗程，但副作用较大，不宜做常规治疗。另外需注意，治疗活动期时强的松必须分次给药。待临床症状和实验室检查有明显好转后，开始逐渐减量，一般每周减 5mg，直减到20～30mg/d时，减量速度宜更缓慢，多数患者于 1 年后能以 10～15mg/d或更小剂量维持。如在减量过程中症状又见反跳，则应试用减量前的剂量加 5mg 予以维持，维持时间宜长，当以年计。

(五)免疫抑制剂：主要适用于激素减量后易复发或激素有效但用量过大出现严重副作用，以及狼疮性肾炎、脑病等重型难以用激素控制的患者。

(1)环磷酰胺，每日 1.5～2.5mg/kg 体重，口服或静脉注射。亦可 200mg，隔日使用。

(2)硫唑嘌呤，每日 2～3mg/kg 体重，分次口服，有效后改为维持量 25mg/d。

(3)6－巯基嘌呤，50mg，2 次/d，口服。

(4)6－巯基鸟嘌呤，75～150mg/d，连用 4～8 周。

(六)中医治疗：

1. 热毒炽盛：症同前述。高热烦躁，神昏，鼻眼结膜出血，便秘尿赤。舌绛、苔黄糙，脉洪数。治法：清热解毒，凉血护阴。方药：犀角地黄汤加生栀子、生石膏、金银花、连翘、黄连、板蓝根、白花蛇舌草、白茅根、大黄。

2. 风湿热痹：症同前述。舌红、苔黄滑，脉滑数。多见于系统性红斑狼疮第 1 次发病，属初期。治法：清热通络，祛风除湿。方药：白虎加桂枝汤加秦艽、灵仙、丹参、赤芍、海风藤、桑枝、银花藤、虎杖。

3. 阴虚内热：症同前述。面斑暗红，低热盗汗，舌红，脉细数，治法：滋阴清热。方药：知柏地黄丸加减。

4. 气滞血瘀：胁痛腹胀，肝脾肿大，皮肤瘀斑，舌黯，脉弦细。治法：疏肝理气，活血化瘀。方药：柴胡疏肝散合复元活血汤加减。

5. 心阳不足：面色㿠白，心悸自汗，易感冒，舌淡胖，脉细弱或结代。治法：益气温阳，养心安神。方药：炙甘草汤加黄芪、白术、桂枝、薤白、丹参。

6. 脾肾阳虚：面色萎黄，形寒肢冷，尿少浮肿，伴有胸腹水，恶心纳呆，舌淡有齿印、苔白腻，脉沉细。治法：温肾健脾利水。方药：金匮肾气丸合苓桂术甘汤加减。

7. 痰迷心窍：神志错乱，伴有抽搐或瘫痪，舌红、苔少，脉弦滑数。治法：豁痰开窍，平肝熄风。方药：天麻钩藤饮加大黄、至宝丹。

（七）针灸治疗：

1. 体针：高热不退取大椎、风池、曲池，配合谷、血海、十宣；阴虚内热取关元、照海、复溜，配阴郄、曲池、血海、三阴交；气滞血瘀取支沟、阳陵泉、太冲，配曲池、大椎、三阴交、地机；心阳不足取神门、内关、膻中，配丘墟透少海、曲池、太冲；脾肾阳虚取气海、关元、肾俞、脾俞，配天枢、曲池、太冲；痰迷心窍取水沟、十二井、太冲、丰隆、劳宫。

2. 贴敷：黄连、大黄、黄柏各等份，加水小火煎 45～60min，取汁备用。每次用消毒纱布 6～8 层，浸入药汁，稍拧，视红斑大小，紧贴患处，每次 45min，每日换 3～5 次。

（八）饮食疗法：

1. 鲜荷叶 1 张，煎汁，加粳米 60g、冰糖少许，共煮成粥，早晚各食 1 小碗。

2. 绿豆 15g、赤小豆 10g、黑大豆或薏苡仁 10g，小火煮成粥，加冰糖适量，食之。

结节性多动脉炎

本病是一种原因未明的全身性疾病，是主要影响小和中等动脉的一种坏死性血管炎。病损呈节段性，好发于动脉分支处，向下延展至小动脉，易形成小动脉瘤。

【诊断要点】

（一）男多于女（约 4∶1）。

（二）发热、关节肌肉酸痛为常见之早期症状。

（三）皮疹：约 1/3 病例有皮肤症状出现，典型者为皮下结节，如黄豆

大，有疼痛及压痛，一个或多个沿动脉排列或不规则地聚在血管近旁。呈周期性发作，发作时常伴有发热，其次为非特异性之皮肤损害，如出血点、荨麻疹、瘀斑、压痛性紫癜等。

（四）约80%有肾脏损害，并有半数伴有高血压。

（五）其他心血管、神经系统、消化道的症状，均与全身性播散性红斑狼疮相似。

（六）辅助检查：

1. 白细胞常明显增高，嗜中性粒细胞增高，约1/3病例嗜酸性粒细胞增多。

2. 血沉增快，尿有类似肾炎的变化，丙种球蛋白增高。

3. 对可疑病例，有时需做皮下结节或肌肉活组织检查，可确定诊断。

【治疗】

（一）注意预防和控制感染，避免用致敏药物。

（二）糖皮质激素为首选药，剂量为强的松每日1mg/kg体重，分次口服，2个月后减量。

在激素不能控制症状或剂量过大且副作用明显时，可与免疫抑制剂环磷酰胺联合应用，剂量为每日2mg/kg体重，缓解后减量维持，以上2种药用药至少1年。

（三）中医治疗：

1. 单纯皮肤型：皮下结节，多见于小腿部，其色红或青，压痛明显，舌苔薄，脉弦。治法：活血通络。方药：活络效灵丹加怀牛膝、木通、秦艽、桃仁、赤芍、地龙、麻黄。

2. 内脏型：本病常累及多个系统，其证治可参看有关疾病。

（四）针灸治疗：

1. 体针：皮肤型取太冲、合谷、三阴交、膈俞、血海，配大椎，外关透内关；内脏型可参见有关病证。

2. 刺血疗法：结节处常规消毒，用三棱针刺破（小结节可用毫针刺破），再拔火罐5min。

（五）单验方：蟾酥2g，灵脂、元胡、威灵仙、乳香、没药、法半夏各120g，共研末，每次服1g，日服2次。适用于出现胃肠道症状者。

（六）饮食疗法：

1. 黄花菜 60g、鲜藕节 30g，水煎服。适用于有咯血、吐血者。

2. 芹菜、大米各 60g，慢火熬粥吃。适用于有血尿者。

进行性系统性硬化症

本症是一全身性结缔组织病，其特点是炎症性、纤维性和退行性变化伴血管病变。主要累及皮肤（硬皮病）、滑膜以及一些内脏器官。

【诊断要点】

临床表现可分为 3 种类型：

（一）局限型：

1. 皮肤表现：呈斑片状、带状、点滴状或多数圆形局限性实质性硬块，周围绕以紫红色的晕圈。皮肤表面光滑发亮，形如蜡样，弹性消失。经数年后皮肤硬化可逐渐消失或留下萎缩斑，常伴有色素改变及毛细血管扩张。

2. 部位：多见于头面部、颈部、臀部、肢端、躯干或沿周围神经分布区域。

3. 局部先有灼热感，瘙痒，感觉异常，逐渐知觉迟钝或消失。

4. 皮下组织及肌肉亦可受累，但不侵犯内脏。

（二）系统型：多见于青、中年女性，可分为肢端硬化型及弥漫型 2 种。后者发病急，短期内全身皮肤硬化、呼吸困难、预后差；前者往往从四肢末端开始，逐渐累及额面部、颈部以至胸背部，发病较缓慢。

1. 皮肤表现，可分为 3 期：

（1）肿胀期：患者开始表现为苍白虚肿外形，为境界不清的实质性肿胀，皮肤紧张感，正常皮肤皱纹消失。

（2）硬化期：皮肤逐渐变硬，弹性消失，形如皮革样，不能捏起，伴有色素沉着。面部表情固定似假面样，张口及眼睑开合均感困难。四肢肢端各关节伸面易继发顽固性溃疡。

（3）萎缩期：最后皮肤萎缩成纸样，紧贴于骨骼上，此时色素沉着更明显、毛细血管扩张、皮肤钙化、毛发脱落、小骨毁损。

2. 雷诺现象：四肢肢端动脉痉挛，可出现于其他症状之前，是硬皮病较突出的症状在肢端硬化型中尤为明显。

3. 常有不规则发热、关节酸痛、食欲不佳、消瘦等症状。

4. 常可累及消化道、心、肺、肾等内脏，表现为食道硬化造成的吞咽困难，心肌受损产生的心律紊乱，肺组织纤维化产生的肺功能减退，后期累及肾脏引起肾功能衰竭。

(三)CRST 症群：患者有皮肤钙化、雷诺现象、肢端硬化及毛细血管扩张。

(四)辅助检查：

1. 血液：轻度贫血，血沉增快，血清白蛋白降低，球蛋白增高。肝功絮状试验阳性，类风湿因子可呈阳性，抗核抗体阳性。

2. 尿液：可见蛋白尿，红、白细胞及管型。

3. X 线检查：皮下肌肉等软组织内可见广泛钙盐沉积之阴影。消化道钡餐检查，可见食道、小肠的正常粘膜皱襞消失，蠕动及排空功能减退。指关节间隙变狭窄，骨质疏松，心脏扩大，心搏减弱。

4. 心电图：可示心律紊乱，T 波改变及心肌劳损。

5. 皮肤组织活检：主要为胶原纤维肿胀、纤维化、变形以及真皮内小血管硬化及闭塞。

【治疗】

(一)系统型：

1. 尽量避免冷水或强碱性肥皂洗手，忌吸烟。为防止关节僵硬可用物理疗法，如按摩、蜡疗、水疗、透热电疗等。

2. 肾上腺皮质激素：可用强的松、强的松龙、地塞米松等，但剂量不宜过大。且治疗硬皮病的疗效比在其他结缔组织疾病为差。

3. 封闭疗法：普鲁卡因加于 5% 葡萄糖溶液 500ml 中，静脉滴注，剂量从 150mg 开始，逐渐增加剂量，视患者的耐受性而定，一般最大剂量不超过 1g，每日或隔日 1 次，10～15 次为 1 疗程。

4. 依地酸钠盐：每日 50mg/kg 体重计算，溶于 5% 葡萄糖溶液 500ml 中，静脉滴注，3～4h 滴完，4～5 次为 1 疗程，休息 2～3d 后再重复给药，可连用 3 个疗程。

5. 抗肾上腺药物：如苯苄胺每次 10mg，3～6 次/d，口服；苄唑啉每次 25mg，2～3 次/d，口服。均可用于缓解血管痉挛。

6. 交感神经切除或阻滞术：可使血管痉挛及肢端疼痛缓解。

7. 免疫抑制剂：硫唑嘌呤 100～150mg/d，秋水仙碱 0.5～1mg/d，分

次服用。

8. 低分子左旋糖酐 500ml，静脉滴注，1 次/d，可改善肢端循环，促进溃疡愈合。有肾损害者忌用。

9. 丹参或复方丹参注射液，4ml/d，分 1～2 次肌注；或 6～8ml 加于 5% 葡萄糖溶液 500ml 中，静脉滴注，每日 1 次或隔日 1 次。

（二）局限型：

1. 局部每日做热敷、按摩或理疗。

2. 0.25%～0.5% 普鲁卡因溶液做皮损下局部封闭，每 1～2d 1 次；或加透明质酸酶、氢化可的松局封，每周 1 次；用 0.25% 普鲁卡因溶液 10ml 加维生素 C 500mg 做静脉注射，每日或隔日 1 次，10～12 次为 1 疗程。

3. 如有皮肤溃疡，可用各种抗生素软膏，激光照射。

皮 肌 炎

本病属自身免疫性疾病。主要影响四肢近侧横纹肌，以肌压痛、肌无力、肌萎缩为主要表现的慢性炎性疾病，并伴多样皮肤损害，也可伴发内脏损害。多发性肌炎系指本组疾患但无皮肤损害。

【诊断要点】

（一）本病可发生于任何年龄，女性为男性的 2 倍，带有感染和癌肿病史。

（二）起病隐匿，进展缓慢，肢体近端肌力下降，患者下蹲、起立、上楼、梳头都感困难，1/4 的患者肌肉有触痛，随病情进展出现肌萎缩。

（三）皮肤损害为淡紫红色水肿性红斑，上眼睑呈暗紫色肿胀。

（四）其他症状，如关节痛、吞咽困难。皮下组织、关节周围及肌肉广泛性钙化多见于儿童患者。

（五）老年多发性肌炎有贫血及血沉增快者，应警惕肿瘤的存在，女性以乳房及生殖系肿瘤，男性以胃肠肿瘤为多见。

（六）辅助检查：

1. 尿肌酸排出量增加，>1.8mmol/d(200mg/24h)有诊断价值。

2. 血清肌酸磷酸激酶(CPK)、醛缩酶、谷草转氨酶等急性期常升高，病情好转后常下降。

3. 肌电图，受累肌肉呈肌原性萎缩相，常见为失神经纤维性颤动，病变肌肉呈失神经现象等。

4. 肌肉活检示肌纤维变性或空泡变性，肌纤维粗细不一，有再生现象，间质细胞浸润和纤维化。

5. 抗 PM—1 抗体及抗 J0—1 抗体阳性对诊断有助，但阳性率只有 30%～40%。

【治疗】

（一）对无肿瘤并发病例，首选糖皮质激素，强的松 30～40mg/d 或每日 1mg/kg 体重。可根据肌症状好转情况及肌酶谱变化情况，调整激素用量、一般服药 1～2 年。

（二）对激素治疗效果不好者可同时并用免疫抑制剂。如氨甲喋呤 20～50mg/周，静注；每周顿服 15～20mg。亦可用环磷酰胺。

（三）可应用苯丙酸诺龙，氯化喹啉、维生素 E 等作为辅助治疗。重症病例可静脉补给复方氨基酸注射液、三磷酸腺苷、辅酶 A 和能量合剂。

（四）40～50 岁以上患者必须详细检查或定期随访，有无伴发肿瘤，如发现应予彻底治疗。可改善和缓解皮肌炎症状。

（五）小儿皮肌炎患者，需尽量去除可疑病灶并采用抗生素合并皮质激素治疗有良好效果。

（六）中医治疗：

1. 急性皮肌炎：高热寒战，咽痛，吞咽困难，甚至呼吸困难、心烦意乱，皮损呈水肿性的鲜红色斑片，肌肉肿痛，重者肢瘫，便秘尿赤，舌绛、苔黄，脉弦滑数。治法：凉血解毒，养阴清热。方药：清瘟败毒饮加味。

2. 慢性皮肌炎：消瘦乏力，面色萎黄，咀嚼吞咽不利，心悸汗多，肌肉酸痛萎缩，四肢关节挛缩，屈伸不利，皮损以色素沉着斑为主，舌胖、有齿印、伸舌震颤、苔薄、脉沉细。治法：祛风除湿，温补脾肾。方药：独活寄生汤加制川乌、桂枝、仙灵脾。

（七）针灸治疗：

1. 体针：取足三里、三阴交、曲池、内关，配阳陵泉、肩髃、环跳、风市、外关。

2. 耳针：取神门、交感、相应部位。

（八）推拿疗法：

1. 患者坐位，医者以拇指点按胆俞、小肠俞、肝俞；一手握患腕，一手施用揉拿手三阳法，点按肩贞、曲池、合谷、外关。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阳法，点按足三里、阴陵泉、三阴交、髀关、解溪。适用于多发性肌炎、急性皮肌炎，有防治肌肉挛缩作用。

2. 患者坐位，医者拇指点按脾俞、胃俞、大杼；一手握患腕，一手施用揉拿手三阴法，点按内关、曲池、肩髃、合谷。嘱患者仰卧位，施用抵脾运胃法；施用提拿足三阳法，点按足三里、三阴交、阳陵泉、悬钟。嘱患者俯卧位，点按环跳。适用于慢性皮肌炎，有防治肌肉萎缩作用。

（九）单验方：

1. 透骨草 30g、桂枝 15g、红花 10g，水煎，外洗。

2. 生侧柏叶 30g，钩藤 15g，当归、槐花各 10g。水煎，外洗。

骨关节炎

本症又名骨关节病，增生性关节炎或退行性关节病，其本质并非炎性，以关节软骨损伤及骨增生为特点，主要影响膝关节、髋关节、远端及近端指间关节、颈椎、胸椎、腰骶椎，可使负重关节功能严重受损。

【诊断要点】

（一）大多发生于 40 岁以后，起病缓慢，无全身症状，主要是受累关节酸痛。

（二）关节痛多呈局限性，初期白天活动时明显，休息后减轻，但晚期静止时亦可作痛。关节肿胀，有压痛、热，但不红，关节自主或被动运动时有摩擦音。当膝关节受累时，上下楼时疼痛尤甚。

（三）辅助检查：

1. 血白细胞、血沉一般皆正常，类风湿因子阴性。

2. X线检查早期无异常表现，以后由于软骨变形或破坏、关节腔变窄和不规则、关节韧带肌腱附着处骨质增生、关节边缘呈唇样变或呈骨赘凸起。

【治疗】

（一）向患者说明病情，以减轻对疾病的顾虑。避免关节剧烈运动和过度负重，以减轻反复损伤。超重者宜减轻体重。

（二）药物治疗：

(1)阿斯匹林:0.5～1.0g,3次/d,口服。

(2)消炎痛:25～50mg,3次/d,口服。

(3)炎痛喜康:20mg,1次/d,口服。

(4)布洛芬:0.4g,3次/d,口服。

(二)关节腔内有多量积液时,在穿刺排液后注入醋酸氢化可的松25mg,每月1次。但次数不宜太多。

(四)手术治疗:适用于症状严重,痛不能缓解,明显关节畸形或破形者。

(五)其他:如红外线、超声波治疗、酯离子导入、颈椎牵引等,皆可一试,以减轻症状。

第八节　中毒性疾病

急性中毒诊治原则

急性中毒是常见的内科急症,发病急骤,症状严重,变化迅速,如不进行及时有效的治疗,常可危及生命引起死亡。因此,诊断要及时而准确,治疗要分秒必争,迅速而恰当。

【诊断要点】

(一)病史:

1.详细询问患者起病时情况,平时健康状态,从事何种工作,防护情况,经常交往的人的发病情况,以及近日的饮食、服药史。

2.询问本次中毒的毒物种类、名称、剂量、味道、进入途径,以及中毒症状和治疗情况。

3.疑食物中毒者,应询问进食种类、来源及同餐人发病情况。

4.疑一氧化碳中毒者,应了解室内炉火、烟囱、门窗关闭情况及同室人发病情况,烧煤气的要询问煤气的关闭情况。

5.疑服毒者,应询问发病前的精神状态,患病及服药情况,现场有无空药瓶、药袋及剩药等。

(二)临床表现:对于突然出现紫绀、呼吸困难、惊厥、昏迷、休克、尿闭

等原因不明者，应考虑急性中毒的可能。查体时应迅速并着重检查以下几点。

1. 血压、心率、呼吸频率、呼吸气味。有机磷农药常有大蒜味。

2. 神经系统症状：

(1)抽搐：常见于有机磷农药中毒。

(2)惊厥：见于有机氯农药、异烟肼、阿托品等中毒。

(3)瘫痪：见于一氧化碳中毒，可溶性钡盐、箭毒、蛇毒等中毒。

(4)精神失常：见于四乙基铅、一氧化碳中毒。

(5)昏迷：见于镇静药、窒息性毒物、一氧化碳、有机磷中毒等。

3. 皮肤粘膜：

(1)紫绀：见于苯胺、硝基苯、亚硝酸盐及抑制呼吸中枢的有机溶剂。

(2)潮红：见于一氧化碳及阿托品中毒。

(3)黄疸：见于苯、砷、冬眠灵等中毒。

(4)汗湿：见于有机磷、毒蕈碱中毒。

(5)干热：见于阿托品、颠茄类中毒。

4. 瞳孔：

(1)缩小：见于有机磷农药、吗啡、毒蕈中毒。

(2)扩大：见于阿托品、莨菪类中毒。

5. 心肺：应注意有无呼吸麻痹及肺水肿，心律失常及心力衰竭。

6. 泌尿系统：注意少尿或肾功能衰竭。

(三)实验室检查：血尿常规检查，对呕吐物、洗胃物、毒物标本应做毒物鉴定，如为有机磷中毒可做血胆碱酯酶活力测定。

【治疗】

(一)迅速使患者离开中毒环境，脱去污染衣服，用清水或相应解毒液反复清洗皮肤、毛发、甲缝。如眼睛被污染，可用生理盐水或清水彻底冲洗，不能少于5min。如被强酸污染可用2%碳酸氢钠冲洗；被强碱污染，可用2%硼酸冲洗。然后，滴入抗菌眼药水。

(二)消除尚未被吸收的毒物：

1. 催吐：对神志清醒且能合作的患者，可进行催吐。方法是：用压舌板、棉签等刺激咽后壁引起呕吐，然后饮清水或洗胃液300～400ml，再刺激引起呕吐，如此反复，直至吐出液体变清为止。药物催吐：可用1%硫

酸铜溶液，一匙一匙饮用，直至发生呕吐（总量不超过1g），如果20～30min不发生呕吐，可给阿朴吗啡0.1mg/kg体重皮下注射，同时口服开水，3～5min后即发生呕吐。以上催吐对惊厥、肺水肿、心力衰竭、休克、腐蚀剂中毒应禁忌。

2. 洗胃：应尽早实施，一般在服毒后4～6h内洗胃（如服大量剧毒物），如有机磷农药，即使超过6h仍要洗胃。插好胃管后，首先将胃内容物尽量抽空，然后选用适当洗胃液，每次注入200～300ml，每次灌液后尽量排空，反复灌洗，直至洗出液澄清无味为止，总量有时需达数万毫升。常用洗胃液有温开水、1∶5 000高锰酸钾液、1%～2%碳酸氢钠液。

3. 导泻：洗胃后灌入硫酸钠或硫酸镁20～30g以导泻。

（三）促进毒物的排泄：

1. 多饮水，输液，用高渗液快速输入，同时应用利尿剂。

2. 保持呼吸道通畅，必要时吸氧或加压吸氧。

3. 拮抗剂解毒：根据毒物的性质采取不同措施，给以不同的拮抗剂。

（四）对症处理：对肺水肿，呼吸衰竭，心律失常，休克，急性肾功能衰竭，水、电解质及酸碱平衡紊乱等的治疗非常重要，可帮助患者渡过险关。

有机磷农药中毒

有机磷农药是广泛应用于农业生产上的杀虫剂，在生产、运送及喷洒过程中，如防护不周，可通过皮肤及呼吸道吸收中毒。误服或食用被污染的粮食、水、瓜果或蔬菜等可通过消化道中毒。有机磷杀虫剂是一种神经毒物，毒理作用主要是抑制胆碱酯酶的活性，致使体内乙酰胆碱不能分解成乙酸及胆碱而发生蓄积引起中毒。

[诊断要点]

（一）有接触或误服有机磷史。呼吸、排泄物和皮肤、口腔均有特殊的蒜臭味。

（二）急性中毒可出现呕吐、流涎、大汗、头晕、头痛、心率加快、瞳孔缩小，双肺可闻湿啰音、肌束颤动，并可迅速进入昏迷。

（三）慢性中毒：表现为头晕、头痛、纳差、恶心、呕吐、倦怠无力，有时气短、心慌、多汗，部分患者可有肌束震颤。

【治疗】

(一)迅速使患者离开中毒现场,脱去污染衣服,用大量清水或肥皂水冲洗皮肤、头发、手、脚。眼部污染可用2%碳酸氢钠或生理盐水连续冲洗。口服中毒,立即用清水、2%碳酸氢钠或1:5 000高锰酸钾液洗胃,必须彻底反复冲洗。

(二)特效解毒剂:

1.抗胆碱剂:常用的为阿托品,根据病情轻重,首次给药剂量为5~40mg,每隔10~30min可重复给药5~10mg,直到阿托品化,然后,即可减量或延长给药时间,但是应掌握及早、足量、全程和增减适时给药。"阿托品化"指标为瞳孔较前散大,口干及皮肤干燥,颜面潮红,肺部湿啰音消失及心率加快。

2.胆碱酯酶复能剂:主要有解磷定、氯磷定、双解磷等,此类药可与阿托品同用,能解除肌肉震颤、抽搐及呼吸肌麻痹。以氯磷定为例,对重度中毒,首剂可用0.75~1g,稀释后缓慢静脉注射,半小时后可重复1次,以后每小时静脉滴注0.25g,6h后若病情显著好转可停药。这类复能剂对已老化的酶没有复能作用。急性中毒迁延过迟或慢性中毒的疗效均不明显,因此要早用。

(三)对症治疗:高热时应立即物理降温并注意阿托品用量,昏迷患者注意保持呼吸道通畅并及早给抗生素预防肺部感染,要注意脑水肿及肺水肿,一旦出现脑水肿征兆,要控制给液量,并及时行脱水治疗。有心律失常、心力衰竭及休克时,均应采取措施及时纠正。参阅有关章节。

(四)慢性中毒患者,给阿托品0.3~0.6mg,3次/d,口服。还可加服肝泰乐、维生素C等药物以利毒物代射。

急性河豚中毒

河豚鱼的肝、脾、睾丸、卵巢、卵、眼球及血液均含有河豚毒素,进食后可引起中毒。

【诊断要点】

(一)进食后10min~2h即可出现中毒症状。

(二)胃肠道症状:恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便血。

(三)神经系统症状:口唇、舌尖、肢端及全身麻木,感觉逐渐丧失,四

肢无力、眼睑下垂、共济失调及肌肉瘫痪，语言障碍。

（四）严重者体温升高、血压下降、休克、昏迷、心律失常、呼吸循环衰竭。

【治疗】

（一）催吐：立即口服1%硫酸铜溶液，必要时可用盐酸阿朴吗啡5～6mg皮下注射。

（二）洗胃：用1:5 000高锰酸钾液或0.5%活性炭悬液洗胃。

（三）导泻：硫酸镁30g，水冲服，并高位清洁灌肠。

（四）快速补液、利尿以利毒物排泄，注意纠正电解质紊乱。

（五）肌肉麻痹可用盐酸士的宁2～3mg，3次/d，肌肉注射，并用维生素B_1、维生素B_{12}肌注。

鱼胆中毒

鱼胆都有一定的毒性，其主要为胆汁成分对细胞膜的损害作用及组织胺类的致敏作用。

【诊断要点】

（一）恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肝肿大有压痛、黄疸。

（二）尿少、腰痛、面部及下肢浮肿，尿中出现蛋白、红细胞、颗粒管型，重症可出现肾功能衰竭。

（三）头晕、头痛、烦躁不安、四肢麻木、双下肢周围神经性瘫痪、抽搐、昏迷。

（四）开始血压升高，后出现心力衰竭。

【治疗】

（一）催吐、洗胃、导泻，重者可行透析疗法。

（二）补液：注意纠正电解质紊乱，给保肝药和能量合剂，如肝泰乐0.2g，3次/d，口服。能量合剂2支加10%葡萄糖液500ml，静滴，1次/d，还可给肌苷、ATP、辅酶A等药治疗。

（三）抽搐、烦躁不安时，给鲁米那、安定、水合氯醛等治疗。

（四）积极防治心衰、休克和肾功能衰竭。

毒蛇咬伤

毒蛇咬人时，毒腺收缩，蛇毒通过排毒管，经过有管道或沟的牙，注入人体组织引起中毒。

【诊断要点】

（一）局部表现：水肿、渗出、坏死、疼痛剧烈，肿胀迅速向肢体近心端扩展，并引起局部淋巴结肿痛。

（二）神经毒表现：全身不适、四肢无力、头晕、眼睑下垂、视力模糊、复视、言语不清、咽下困难、流涎、瞳孔散大。重者出现休克，呼吸麻痹。

（三）心脏毒和凝血障碍毒表现：全身广泛出血，颅内和消化道出血，咯血，尿血，大量溶血出现血红蛋白尿、黄疸。心肌受损后，可出现心律失常、血压下降、循环衰竭。

【治疗】

（一）在伤口上方的近端肢体用止血带结扎，应每 10～15min 松解2～3min。用 1∶5 000 高锰酸钾液或盐水清洗伤口，然后将留在组织中残牙痕用刀尖或针剔除，用吸乳器或拔火罐吸出毒液，最后再用 1∶5 000 高锰酸钾溶液或 2% 过氧化氢溶液洗涤伤口，然后盖上消毒敷料，并将肢体放在低位使伤口毒液易流出。

（二）抗蛇毒素血清的应用：各地所生产的抗蛇毒素效价不一，应根据说明应用，应用前做皮内试验，阴性者可用，阳性者必须用时，应按常规脱敏。因有 3%～54% 患者注射抗蛇毒 10min～3h 后出现过敏反应，因此在用前要备好肾上腺素、氢化可的松、地塞米松和抗组织按约物。一旦有严重过敏反应可给 0.1% 肾上腺素 0.5ml 皮下注射，0.5ml 加 50% 葡萄糖 20ml 静脉缓慢注射 10min。轻者过敏反应可给激素。抗蛇毒素需用 3～4d。

（三）辅助治疗：每天给氢化可的松 200～400mg 或地塞米松 10～20mg，连续用 3～4d。

蜂 螫 伤

蜂毒主要含蚁酸、神经毒素和组织胺。

【诊断要点】

(一)局部红肿、剧痛、灼热或有小疱形成。

(二)病情较重者可出现一些中毒症状和过敏反应,如荨麻疹,喉头、口唇、眼睑水肿,心率增快,血压下降,休克,昏迷。

【治疗】

(一)立即拔除毒刺,局部用碱性溶液,如3%氨水、5%碳酸氢钠或肥皂水洗净,若为黄蜂螫伤需用醋酸。

(二)伤口周围外擦南通蛇药或任选中草药紫花地丁、半边莲、七叶一枝花、蒲公英30～60g,捣烂外敷。

(三)过敏者可用地塞米松10～20mg,静脉推注。

蝎 螫 伤

蝎毒素与蛇毒作用类似,但其毒性较蛇毒轻。

【诊断要点】

(一)局部一片红肿、灼痛、麻木、出血。

(二)严重者可出现头晕、头痛、流涎、流泪、鼻衄、肌肉疼痛、血压增高、体温下降、心动过缓、尿少、口舌肌肉强直,以致失语、嗜睡、抽搐。更严重者可出现胃肠道出血、急性肺水肿及呼吸中枢麻痹而死亡。

【治疗】

(一)立即拔除毒剂,局部冷敷,并在伤口上方扎止血带。

(二)抽取毒液,用3%氨水、5%碳酸氢钠液或1:5 000高锰酸钾液清洗,伤口周围可用0.25%普鲁卡因做环形封闭。

(三)抽搐者或肌肉强直者可给10%葡萄糖酸钙溶液10ml静推。

(四)严重者可用激素、抗蝎毒血清或用南通蛇药片数片以冷开水溶成糊状敷于患处周围1.5cm处,不能涂于伤口上。

发芽马铃薯中毒

马铃薯俗称土豆,未成熟或发芽马铃薯则含有毒素,毒素主要在芽孔周围及胚芽部,进食多量可发生中毒。

【诊断要点】

(一)进食后几十分钟或几小时可出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻。

(二)因剧烈呕吐出现失水及电解质紊乱,血压下降。

(三)严重者可有昏迷、抽搐,最后因呼吸中枢麻痹而导致死亡

【治疗】

(一)立即用1:5 000高锰酸钾液或0.5%鞣酸或浓茶洗胃。

(二)补充液体纠正失水及电解质紊乱。

(三)呼吸困难时可吸氧或用适量呼吸兴奋剂。

棉子中毒

棉子系棉植物的种子,种子可以榨油,食用未经妥善处理的粗制棉子油或榨油后的棉饼粕均可引起中毒。

【诊断要点】

(一)一般在进食后2～4d发病,短者可数小时发病。轻者恶心、呕吐、胃部烧灼感、腹胀、便秘。

(二)重者精神萎靡、烦躁不安、流涎甚至昏迷,可伴有心动过缓、血压下降、心力衰竭、肺水肿、肝肾功能衰竭。

(三)夏季可出现高热、口唇及肢体麻木,皮肤红而无汗、有烧灼、针刺或瘙痒感。

(四)慢性中毒可有皮肤干燥、潮红、日光晒后更明显。女性有闭经,男性精子减少。

(五)辅助检查:重症患者有低血钾和低血钠表现。

【治疗】

无特殊解毒剂。食用不长,可以催吐、洗胃、导泻。低血钾者给补钾。根据临床症状可给予对症处理。

毒蕈中毒

蕈俗称蘑菇,是一类高等真菌。中毒多由于人们对其认识不足,误食而造成。按中毒表现分4型。

【诊断要点】

(一)胃肠炎型:误食毒粉褶蕈、牛肝蕈引起,潜伏期为0.5～6h,表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻。

(二)神经精神型:误食红色捕蝇蕈及斑毒蕈引起,其毒理类似乙酰胆

碱，潜伏期为1～6h，表现为流涎、流泪、大汗、瞳孔缩小。

（三）溶血型：因误食鹿花蕈引起，潜伏期为6～12h，引起溶血性贫血、肝脾大、黄疸、暗红色尿。

（四）中毒性肝炎型：误食瓢蕈、白帽蕈等引起，潜伏期为15～30h，出现肝脏肿大、压痛，黄疸，出血倾向，合并心、脑、肾等脏器损害。

【治疗】

（一）应迅速用1∶5 000的高锰酸钾液洗胃，硫酸钠20～30g冲水服导泻。中毒时间超过8h者可用温盐水高位结肠灌洗。

（二）对于瞳孔缩小、流涎、肺部湿啰音者，可用阿托品治疗，肌肉注射每次0.5～1mg，30min～6h 1次；静脉给药，可先给2～5mg，而后每隔15～30min重复1次，至阿托品化后逐渐减量，延长给药时间。

（三）对于肝脏损害者，可用5%二巯基丙磺酸钠5ml，每6h肌肉注射1次，症状改善后2次/d，5～7d为1疗程。

（四）严重中毒者，特别是溶血型者可给氢化可的松100～300mg或地塞米松10～30mg，加入5%～10%葡萄糖液500ml内静点。

白果中毒

白果又叫银杏，一般中毒剂量为10～50颗，大多发生在儿童生食或食未经熟透的白果，中毒症状发生在进食白果后1～12h。

【诊断要点】

（一）消化道症状：恶心、呕吐、腹痛、腹泻、食欲不振。

（二）神经系统症状：烦躁不安、恐惧、惊厥、肢体强直、抽搐、四肢无力、瘫痪。

（三）呼吸困难、肺水肿、紫绀。

（四）如果皮肤接触核仁和肉质外皮，可发生接触性皮炎。

【治疗】

应立即催吐、洗胃、导泻。补液加速药物排泄，必要时可用地塞米松。惊厥者可给安定、氯丙嗪治疗。

木薯中毒

木薯含有生氰甙，分解后可游离出氢氰酸，一般生食或食加工不当的

木薯可引起中毒，中毒症状常在进食木薯 2～3h 后出现。

【诊断要点】

（一）有吃木薯史。

（二）轻者头昏、头痛、恶心、呕吐、四肢乏力、烦躁不安。

（三）重者呼吸困难、心脉率增快、紫绀、四肢抽搐、强直、昏迷、反应迟钝、呼吸衰竭。

【治疗】

（一）催吐；立即用 1∶5 000 高锰酸钾洗胃，然后口服硫代硫酸钠 2g。

（二）重症患者给亚硝酸异戊酯、亚硝酸钠、硫代硫酸钠治疗。详见氰化物中毒。

（三）对症治疗：吸氧，必要时输血、透析，抽搐时可用镇静剂。

亚硝酸盐类植物性食物中毒

新腌制的咸菜或变质陈腐的青菜、韭菜、小白菜、菠菜、莴苣、卷心菜、萝卜叶、甜菜、苦井水等均含丰富的硝酸盐，肠道内的细菌可以使硝酸盐还原成亚硝酸盐，从而引起组织缺氧而至中毒。

【诊断要点】

（一）有进亚硝酸盐食物史。

（二）组织缺氧症状：皮肤粘膜紫绀、头晕、头痛、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、心率增快、呼吸急促、烦躁、嗜睡。严重者会出现心律失常、休克、惊厥、呼吸循环衰竭。

【治疗】

（一）立即洗胃、导泻，中毒时间长者给高位灌肠。

（二）常用美蓝 1～2mg/kg 体重加葡萄糖液稀释后静注 10～15min，2h 后如病情无好转可重复 1 次。

（三）吸氧、给高渗葡萄糖及大量维生素 C 静点，必要时输鲜血、换血，也可给皮质激素治疗。

急性铅中毒

铅对人体各种组织均有毒性，主要是引起神经系统，造血系统和血管方面的病变。

【诊断要点】

(一)有误服含铅物质及吸收铅粉尘或服含铅中药史。

(二)中毒表现:恶心、呕吐、阵发性脐周绞痛,无固定压痛点、腹泻、胃肠道出血,偶有麻痹性肠梗阻、面色苍白、头痛、头晕、惊厥、抽搐、呼吸困难、肢体瘫痪、昏迷。

(三)化验:尿内类卟啉强阳性。

【治疗】

(一)误服后立即以1%硫酸钠或硫酸镁洗胃,再以硫酸镁30g导泻。

(二)依地酸钙1g溶于5%葡萄糖溶液500ml中静点。腹痛时给1%葡萄糖酸钙10ml加10%葡萄糖液20ml静推,2~3次/d;用解痉剂如阿托品、山莨菪碱等。

急性汞中毒

汞可抑制机体酶的活性,阻碍细胞代谢,对中枢神经系统、肝、肾等脏器的功能损害较为显著。

【诊断要点】

(一)误服后产生恶心、呕吐、腹痛、腹泻、头晕、头痛、牙龈炎、肝区剧痛、肝大、尿少、蛋白尿、急性肾功能衰竭,有的出现肠穿孔、腹膜炎。

(二)吸入大量汞蒸气可出现咳嗽、胸痛、呼吸急促、心悸。

【治疗】

(一)口服中毒时立即饮用蛋清水、豆浆或牛奶,再用2%碳酸氢钠液反复洗胃,然后给硫酸镁20~30g导泻。

(二)二巯基丙醇3~5mg/kg体重,第1~2d,每4h 1次,肌肉注射;第3d改为每6h 1次,第4d为1~2次/d,连用10d或酌情延长。还可以用二巯基丙磺酸钠5mg/kg体重,第1d为4次/d,肌注;第2d为3次/d,以后1~2次/d,疗程为5~7d。

(三)注意保肝治疗,防治肾衰。

急性砷中毒

砷又名砒(其氧化物三氧化二砷亦称砒霜),作用于某些酶阻碍细胞生物氧化而致中毒。

【诊断要点】

(一)口服中毒：

1. 口和咽有干痛、烧灼感，吞咽困难，口有金属味，恶心、呕吐、腹痛、腹泻，大便有时呈米汤样，呕吐物和大便均有蒜气味。

2. 头痛、头晕、烦躁不安、意识模糊，偶有高热、谵妄、惊厥、昏迷。

3. 脉细弱、血压下降、循环衰竭。

4. 蛋白尿、血尿、少尿甚至尿闭，或有尿毒症症状。

(二)吸入中毒：可有呼吸道刺激症状，吸入砷化氢引起溶血危象，导致肾功能衰竭。

(三)腹透：可见胃肠中有不能穿透的物质。

【治疗】

(一)立即催吐，口服解毒剂氢氧化铁(12%硫酸亚铁与20%氧化镁溶液等量混合)，每10min口服10ml。

(二)用清水、盐水、1%硫代硫酸钠水溶液洗胃，然后再服硫酸镁30g导泻，再给牛奶、豆浆、蛋清和药用炭口服。

(三)解毒可用二巯基丙磺酸钠、二巯基丁二酸钠(见铅、汞中毒)，输注葡萄糖、复方氯化钠及钾盐，并给于抗休克等对症治疗。

急性苯中毒

苯中毒主要由于吸入苯蒸气所引起，急性苯中毒以中枢神经系统毒性为主。

【诊断要点】

(一)主要表现皮肤、眼、呼吸道及消化道刺激症状。

(二)轻者出现头痛、头晕、咳嗽、流泪、恶心、呕吐、昏睡、神志模糊。

(三)重者发生惊厥、昏迷、肺水肿、呼吸麻痹。

(四)皮肤接触后可有疱疹、红肿等炎症表现。

【治疗】

(一)呼吸道中毒者应立即使其脱离现场，给氧并注意保持呼吸道通畅。皮肤接触者，应脱去污染衣服，用肥皂水彻底清洗污染皮肤。口服中毒者，应用1%～5%碳酸氢钠洗胃而后导泻。

(二)输液可给维生素C、肝泰乐以利于毒物代谢，有休克时可用去甲

肾上腺素(忌用肾上腺素),有抽搐时用镇静剂。

(三)呼吸抑制时可用尼可刹米、洛贝林静注,同时给吸氧、人工呼吸。

(四)防治脑水肿,昏迷患者给脱水剂 20% 甘露醇 250ml,2～3 次/d 快速静点;氨化可的松 200mg 或地塞米松 10mg,加液静点。

急性甲醇中毒

甲醇主要作用于神经系统,具有明显的麻醉作用,潜伏期为 8～36h。

【诊断要点】

(一)中毒早期表现如醉酒状态,严重时可出现恐惧、狂躁、意识模糊、谵妄、昏迷。

(二)视力模糊、复视、眼球压痛,严重者双目失明。

(三)甲醇在体内氧化为甲酸,甲酸积累可引起酸中毒表现。

【治疗】

无特殊解毒剂,以排毒及纠正酸中毒为主要措施,对已吸收的甲醇给予腹膜或血液透析为最好的清除方法。

氰化物中毒

氰化物在生产中可从呼吸道吸入,从皮肤吸收,生活性中毒大多是口服。氰化物进入人体后,抑制生物氧化作用,使组织细胞不能及时获得足够氧而引起中毒。

【诊断要点】

从呼吸道吸入大量氰化物或口服致死剂量的氰化物可引起猝死。非猝死患者可出现下列症状:

1. 舌尖、口咽发麻或灼热,流涎,恶心,呕吐,呼吸困难,心脉率增加,血压升高,皮肤粘膜呈鲜红色。

2. 重者出现四肢抽搐、强直、角弓反张、昏迷、紫绀、血压骤降、呼吸变浅、反射消失,很快呼吸停止而死亡。

【治疗】

(一)重症患者立即给亚硝酸异戊酯 1～2 支折断吸入,每次 15s,每隔 1～2min 吸 1 支,直到开始静脉给药。

(二)给 3% 亚硝酸钠 10～20ml 静脉注射(小儿按 6～12mg/kg 体重

计算)，速度为 2～3ml/min。注射完后接着注入 25% 硫代硫酸钠 50ml，根据病情，必要时可在 1h 后重复半量或全量，不能与亚硝酸钠同时注射。

急性一氧化碳中毒

一氧化碳中毒俗称煤气中毒，主要经呼吸道吸入，一氧化碳进入体内与血红蛋白结合，形成碳氧血红蛋白，影响氧的携带，造成组织缺氧。

【诊断要点】

(一)有吸入高浓度的一氧化碳史。

(二)头晕、头痛、四肢无力、恶心、呕吐、眼花、意识模糊、面色潮红、口唇呈樱桃红色。

(三)重者深昏迷、各种反射消失、大小便失禁、血压下降、瞳孔散大、呼吸麻痹而死亡。

(四)注意与脑血管意外、糖尿病昏迷等鉴别。

【治疗】

(一)立即将患者移到空气新鲜的地方，注意保暖，保持呼吸道通畅，给吸氧或高压氧舱治疗。必要时进行口对口人工呼吸。

(二)昏迷患者要预防肺部感染，可给抗生素治疗，痰多者要吸痰，有脑水肿表现者应给 20% 甘露醇 250ml 静脉点滴，2～4 次/d，也可给地塞米松 10mg 加液静点，1 次/d。

(三)给促脑细胞代谢的药物，如细胞色素 C(先做过敏试验)、胞二磷胆碱、ATP、辅酶 A、维生素 C 等治疗。

(四)可给输血、换血。

急性阿片及吗啡中毒

阿片的主要有效成分为吗啡，吗啡对中枢神经系统先兴奋后抑制，但以抑制为主，长期应用能引起欣快症和成瘾性。

【诊断要点】

(一)轻度中毒有头痛、头晕、恶心、呕吐、兴奋或抑郁。患者有幻想、定向力障碍，可有便秘、尿潴留。

(二)重度中毒有昏迷、瞳孔针尖样、高度呼吸抑制三大特征，常发生肺水肿，呼吸节律改变，最后死于呼吸麻痹。

(三)脊髓反射增强时常有惊厥、牙关紧闭、角弓反张。

【治疗】

(一)口服中毒者应洗胃,禁用阿朴吗啡催吐。

(二)如皮下注射吗啡过量,迅速用止血带扎紧注射部位上方,局部冷敷。

(三)尽早应用阿片碱类解毒剂,如纳络酮,0.4～0.8mg/次,静注。

(四)呼吸抑制时可用阿托品以刺激呼吸中枢,并保持呼吸道通畅,积极吸氧。

氯丙嗪中毒

氯丙嗪对中枢有抑制作用,可以扩张血管,降低血压,对植物神经有明显抑制作用。

【诊断要点】

(一)神经系统症状:表情淡漠、四肢乏力、嗜睡、抽搐、反射消失,有时出现肌肉震颤、强直、运动不能。

(二)心血管系统症状:主要为低血压,年轻患者可呈体位性低血压,老年患者呈持续性低血压。

【治疗】

(一)无特效解毒剂,以对症、支持治疗为主。

(二)有兴奋和惊厥时可用阿米妥钠0.3～0.5g加注射用水20ml缓慢静推。抑制严重时给氧并用苯丙胺、咖啡因等,昏迷者可用利他林40～100mg肌注,必要时0.5～1h重复应用直到苏醒。

(三)血压低者应积极补充血容量,必要时可给间羟胺静点,禁用多巴胺。

急性巴比妥类中毒

本类药物为常用的镇静剂和催眠剂,误服、自杀吞服过多或长期服药蓄积可引起中毒。

【诊断要点】

(一)有服巴比妥类药物史。

(二)中毒表现:反应迟钝,意识模糊,言语不清,嗜睡,有判断及定向

力障碍，昏迷，呼吸慢，眼球震颤，脉搏细速，血压下降。严重者发生休克、各种反射消失、瞳孔缩小、对光无反应。

【治疗】

（一）用1:5 000高锰酸钾液洗胃，然后给硫酸镁30g水冲服以导泻。

（二）大量输液、利尿，并给肝泰乐、维生素C等以加速药物代谢。

（三）深昏迷时，给可拉明0.25～0.5g，1次/h，静推。美解眠，每3～5min注射50mg，至病情改善时减量或停药。

（四）对症处理：给氧并保持呼吸道通畅，早期应用抗生素预防感染，重者可进行血液或腹膜透析。

安定中毒

安定中毒可抑制中枢神经系统及心血管系统。

【诊断要点】

（一）中毒后出现恶心、呕吐、共济失调、嗜睡、昏迷、呼吸抑制，甚至死亡。

（二）心血管系统出现：心动过缓、血压下降。

【治疗】

（一）催吐、洗胃。

（二）大量补液，给氧。血压下降时用间羟胺10～60mg加入5%葡萄糖液500ml静点，据血压调整滴速与用量。呼吸抑制时，可用洛贝林、可拉明；昏迷时用美解眠。参见巴比妥类中毒。

第三章　神经精神疾病

三叉神经痛

本病为三叉神经一支或数支分布区域内的阵发性剧痛。

【诊断要点】

(一)原发性三叉神经痛：

1.70%～80%患者发生在40岁以上。

2.疼痛部位：在三叉神经分布区域内，以上颌支和下颌支最常见，眼支较少。多为一侧。可单独影响一支，也可几支同时受累。

3.疼痛特点：突发突停，呈电击样、烧灼样、刀割样或撕裂样，历时数秒或数分钟。每日可发作数次，连续数天至数月。可反射性引起面肌抽搐。间歇期完全正常。

4.触发点(板击点)：轻触口角、鼻翼、上下唇、齿龈、舌部等均可诱发疼痛。

5.诱发因素：咀嚼、说话、洗脸、刷牙、风吹等。

6.病因不明，一般无阳性神经系统体征。

(二)继发性三叉神经痛：

1.疼痛部位大致同前。

2.有三叉神经受损体征。

3.由不同原因引起，常见为桥小脑角肿瘤、半月神经节瘤、鼻咽癌、血管畸形、动脉瘤、蛛网膜炎等。

(三)辅助检查和其他检查：有体征者，可摄颅底片或内听道片。做听力和前庭功能检查，以除外颅底肿瘤。做鼻咽部检查以与副鼻窦炎鉴别。做口腔科检查以与牙痛和颞颌关节炎鉴别。

【治疗】

(一)药物治疗：

1. 卡马西平：为首选，开始 0.1g，2～3 次/d，口服，每天增加 0.1g，直到疼痛停止，以后逐渐减量至最小有效维持量，一般 0.6～0.8g/d。

2. 苯妥英钠：0.1g，3 次/d，口服，数日后可增至 0.6g/d。可与卡马西平合用。

3. 硝基安定：5～10mg，3 次/d，口服。

4. 氯硝安定：2mg，3～4 次/d，口服。

5. 维生素 B_{12}：100～250μg/d，肌注。

（二）封闭治疗：多用无水酒精注入三叉神经分支或半月神经节。适应证如下：

1. 服药无效者。

2. 疼痛严重又不适于手术者。

（三）射频热凝疗法：适应证同前。

（四）手术疗法：适于药物和封闭疗法无效者。可行三叉神经减压术、周围支切断术、感觉根部分切除术、三叉神经脊髓束切断术。

（五）中医治疗：

1. 风寒阻络：阵发性面颊及额部抽掣疼痛，遇寒痛甚，苔白，脉浮弦。治法：祛风散寒，通络止痛。方药：川芎茶调散加麻黄、全蝎。

2. 风热伤络：阵发性面颊及额部抽掣灼痛、目赤、流泪、流涎，苔薄黄，脉浮数。治法：疏散风热，通络止痛。方药：菊花茶调散加葛根、白蒺藜、黄芩、地龙，减羌活、防风、细辛。

3. 肝郁化火：阵发性面颊及额部抽掣灼痛，痛不可忍，头晕，口苦，急躁易怒，目赤耳鸣，溲赤便干，舌红、苔黄，脉弦数有力。治法：清泻肝火。方药：龙胆泻肝汤减当归、泽泻，加白芍、天麻、钩藤、地龙。

4. 痰湿阻络：阵发性面颊及额部重着疼痛，胸脘满闷，痰多呕恶，苔白腻，脉弦滑。治法：燥湿祛痰，通络止痛。方药：导痰汤加吴茱萸、白芷、川芎、白术、全蝎。

5. 络脉瘀阻：三叉神经痛，日久不愈，舌紫黯，脉细涩。治法：活血化瘀，通络止痛。方药：血府逐瘀汤加蜈蚣、全蝎。

6. 阴虚阳亢：三叉神经痛伴头晕目眩，脑部发热，耳鸣，舌红、苔薄、少津，脉弦。治法：养阴熄风，缓急止痛。方药：天麻钩藤饮合芍药甘草汤加地龙、葛根。痛甚加羚羊角。

(六)针灸治疗：

1. 体针：用痛区近取与循经远取结合选穴法。痛在三叉神经第1支者，近取攒竹、阳白、鱼腰；痛在第2支者，近取四白、巨髎、颧髎；痛在第3支者，近取承浆、颊车、下关。三叉神经痛均远取合谷、三间、内庭。

2. 头针：选对侧感觉区下2/5。

3. 足针：选取2号穴。

4. 电针：取眶上、眶下神经，颊神经，颞部、下颌齿槽神经刺激点，耳神经根耳前点，腹腔丛点，前臂尺神经线中、下1/3，腓深神经线下1/3，攒竹、风池、下关、手三里、合谷、四白、颊车、竹间。

5. 贴敷：取太阳、印堂。将白芷、川芎、南星各6g，研末，葱白3寸捣泥，再用蜂蜜15g调和，敷贴穴上30min。

6. 刺血：金津、玉液、太阳。

7. 穴位注射：体穴甲组：下关、合谷；乙组：翳风、颊车、阳陵泉。耳穴：面颊。用0.5%～1%普鲁卡因注射液10ml，加维生素B_{12} 500mg/L。维生素B_1 50mg/ml分别注入各穴(耳穴注药0.1ml)，甲、乙2组穴位交替使用，1次/d，10d为1疗程。亦可用以上药物，在压痛点(阿是穴)注入0.5～1ml，隔日1次。

(七)单验方：

1. 白芷12g、荆芥120g、甘草3g，水煎服，日服2次。

2. 川芎20～30g，荆芥、防风、全蝎、葎拨各10～12g，蜈蚣2条，天麻10g，细辛3～6g。水煎服，1剂/d。

(八)饮食疗法：鲜香花菜30～60g，加清水2碗煎至1碗去渣。鸡蛋1个，加入汤中煮熟，调味服食。

面神经炎

本病为原因不明的急性单侧的周围性面神经麻痹，由茎乳孔内非化脓性炎损害面神经所致。

[诊断要点]

(一)起病急，病因不明或有面部被冷风吹袭的病史，于数小时或1～2d内症状达高峰，可伴有下颌角或耳后痛。

(二)为一侧整个面部的上下表情肌的周围性瘫痪：患侧额纹消失，眼

裂增宽，鼻唇沟变浅，口角低垂。食物常滞留于病侧颊齿之间。检查时，不能皱额、蹙眉、闭目、示齿；鼓腮、吹哨。直接、间接角膜反射均消失。

（三）可有患侧舌前 2/3 味觉丧失、听觉过敏、耳痛和耳廓或鼓膜疱疹。

（四）鉴别诊断：

1．中枢性面瘫：仅为眼裂以下的表情肌瘫痪，眼裂以上表情肌仍保持着皱额、蹙眉、闭目功能。

2．其他原因引起的周围性面瘫：

（1）耳源性周围性面瘫：有中耳炎、迷路炎、乳突炎等病史和体征。

（2）格林－巴利综合征：周围性面瘫为双侧性，有对称性肢体瘫痪和脑脊液蛋白－细胞分离。

（3）颅后窝肿瘤或蛛网膜炎引起的周围性面瘫：多起病缓慢，且有其他颅神经受损或原发病的表现。

【治疗】

（一）药物治疗：

1．激素：强的松，20～60mg/d，口服，1～2 周。

2．扩张血管药：地巴唑，10～20mg，3 次/d，口服。山莨菪碱，10～20mg，3 次/d，口服。

3．维生素 B 族：如维生素 B_1、维生素 B_6、维生素 B_{12}。

4．加兰他敏，2.5～5mg/d，肌注。

（二）理疗：局部热敷、TDP、超短波、碘离子透入。

（三）手术治疗：久治不愈者，可行整形手术或面－舌下神经或面－副神经吻合术。

（四）眼保护：可用眼膏、眼罩或缝合以保护角膜和结合膜。

（五）中医治疗：

1．风热袭络：突然口眼㖞斜，面部麻热，目张泪多，耳周胀痛，苔薄黄，脉浮数。治法：祛风清热，疏通脉络。方药：大秦艽汤加僵蚕、全蝎，减熟地、羌独活、当归、白术。

2．风寒中络：口眼㖞斜，口水自流，面部发紧，恶寒发热，耳后压痛，苔白，脉浮紧。治法：祛风散寒，和血通络。方药：防风至宝汤减黄芩、黄连、栀子、连翘。

3. 风痰阻络：口眼㖞斜，闭目露睛，面部浮肿，麻木不仁，味觉障碍，苔白腻，脉弦滑。治法：祛风化痰，活血通络。方药：牵正散合四物汤加防风、羌活、白芥子、制南星。

（六）针灸治疗：

1. 体针：风池、地仓、颊车、四白、迎香、翳风、合谷、三阴交、足三里。上述穴位也可用电针。

2. 灸法：取听会、颊车、地仓、牵正，用艾炷灸。

3. 耳针：面颊部、枕小神经、眼、口、皮质下。

4. 拔罐：一组：大椎、风门、肝俞；二组：身柱、肺俞、脾俞。1组/d，交替使用。

5. 穴位注射：太阳、下关、翳风、四白、承浆。每次选2～3穴，每穴注入维生素B_1或维生素B_{12}注射液0.5～1ml。

（七）单验方：

1. 石灰、醋各适量，搅拌成糊，敷患处。

2. 鲜蓖麻子7个，捣成膏状，贴患处。

面肌抽搐

本病为阵发性的一侧面肌的抽搐性收缩，又称面肌痉挛。

【诊断要点】

（一）原发性面肌抽搐：

1. 中年后起病，女性偏多。

2. 常由眼轮匝肌轻微抽搐开始，逐渐扩展至一侧面部其他肌肉，表现为阵发性不规则的眼轮匝肌和口角抽动，并可伴面肌无力和肌肉萎缩。

3. 精神紧张、疲劳、自主运动时加剧，睡眠时消失。

4. 原因不明。无神经系统其他阳性体征。

5. 应与习惯者或癔病者鉴别，后者多为双侧性。

（二）继发性面肌抽搐：较少，可因动脉硬化的椎－基底动脉系统分支扩张或动脉瘤压迫、面神经炎后遗症、桥小脑角肿瘤所致。多有神经系统阳性体征。

【治疗】

（一）卡马西平0.1g，2～3次/d，口服。

(二)苯妥英钠0.1g,3次/d,口服。

(三)面神经阻滞术:适于重症。用50%酒精1ml,行皮下面神经阻滞;茎乳孔处面神经干注射0.3~0.4ml阻滞。阻滞后可引起不同程度面肌瘫痪。

(四)面神经分支或主干切除术:也可引起面瘫。

(五)颅后窝微血管减压术。

(六)病因明确者治疗原发病。

坐骨神经痛

坐骨神经痛是坐骨神经通路及其分布区的疼痛综合征。常见病因有坐骨神经炎、骨盆及盆腔疾患、脊柱疾患、椎管内疾患,其中以椎间盘突出为最常见。

【诊断要点】

(一)疼痛和压痛:沿着腰部、臀部、大腿后、小腿后外侧和足外侧放射。根性病变时,咳嗽、打喷嚏、排便等动作常使疼痛加重。腰椎棘突和横突压痛明显;干性病变时,臀点、腘点、腓点、踝点压痛明显。

(二)感觉障碍:多见于小腿外侧和足背外侧感觉减退。

(三)运动障碍:可有小腿、足趾肌力减弱,有的伴肌萎缩。

(四)跟腱反射和跖反射减弱或消失,拉塞格征和克尼格征阳性。

(五)常有受寒、感染、糖尿病、盆腔疾病、腰骶椎肥大、椎间盘突出等病史。

(六)辅助检查:拍摄腰骶、骨盆和髋关节X线片,必要时做腰穿、椎管碘剂造影、CT和MRI检查等,有利于病因诊断。

【治疗】

(一)病因治疗。

(二)卧床休息,睡硬板床,一般4~6周。

(三)药物治疗:

1.止痛剂:阿斯匹林0.6~0.9g,3次/d;消炎痛25mg,3次/d,口服。

2.激素:强的松10mg,3~4次/d,口服。强的松龙加1%~2%普鲁卡因各1ml,椎旁封闭。

3.维生素B_{12} 250~500μg,每日肌肉注射1次。维生素B_1 20mg,3

次/d，口服。

4．扩血管药：地巴唑 10～20mg，3 次/d，口服。山莨菪碱，10～20mg，3 次/d，口服。

（四）腰椎牵引。

（五）手术治疗：如椎间盘突出保守治疗效果不佳者，可手术摘除。

（六）中医治疗：本病多因风寒湿邪侵入人体，使气血阻闭不通，不通则痛。治法当应祛风、散寒、除湿，温通经脉。常用方为蠲痹汤（羌活、独活、桂枝、秦艽、当归、川芎、木香、乳香、桑枝、海风藤、炙甘草）。偏于风者加防风；偏于寒者加麻黄、川草乌、细辛、小活络丹；偏于湿者加防己、苍术、薏苡仁、蚕砂；少数有发热者可佐以知母、黄芩、金银花、连翘；腿痛甚者加牛膝、木瓜、川续断。

（七）针灸治疗：

1．体针：下肢后侧痛取肾俞、大肠俞、委中、秩边、承山、昆仑；外侧痛取环跳、风市、阳陵泉、悬钟、丘墟；前内侧痛取髀关、伏兔、足三里、解溪。以上取穴均在患侧。

2．电针：取患侧肾俞、大肠俞、委中、秩边、承山、昆仑、环跳、风市、阳陵泉。每次取 2～3 个穴位。刺激量以能耐受为度。

3．耳针：坐骨神经点、腰、臀、神门、肾上腺。

多发性神经病

本病曾称多发性神经炎、末梢性神经炎，为对称性的双侧肢体远端同时受累的广泛性周围神经疾病，由多种原因引起。

【诊断要点】

（一）病因：

1．中毒性：异烟肼、呋喃类药物、磺胺类药物、链霉素、乙胺丁醇、氯霉素、苯妥英钠、长春新碱、有机磷、重金属（铅、汞、砷）等。

2．代谢性和营养缺乏性：糖尿病、尿毒症、粘液性水肿、肢端肥大症、恶病质、B 族维生素缺乏、慢性酒精中毒、妊娠和慢性胃肠道疾病等引起的营养障碍。

3．感染性：白喉、麻疹、麻风、伤寒、流感、猩红热、结核、腮腺炎、疟疾、传染性单核细胞增多症、钩端螺旋体病、布氏菌病、肝炎等。

4. 自体免疫性：格林－巴利综合征（详见后述）、急性过敏性神经病（血清注射或疫苗接种后）、慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病等。

5. 其他：结缔组织病、癌肿、遗传性疾病等。

（二）临床表现：四肢（尤其下肢）对称性的远端（手套、袜子样）感觉障碍、下运动神经元性瘫痪和植物神经功能障碍（远端皮肤发凉、光滑、菲薄、干燥、脱屑，指甲松脆，多汗或无汗）。

（三）辅助检查：肌电图、神经传导速度测定等有利于诊断。

【治疗】

（一）病因治疗。

（二）维生素B族（维生素B_1、维生素B_6、维生素B_{12}、烟酸等）药物。

（三）神经营养药物（辅酶A、ATP、肌苷、胞二磷胆碱等）可用于严重病例。

（四）对症处理：疼痛者可给予止痛剂，如去痛片、卡马西平等。

（五）功能锻炼、理疗、按摩等。对肢体瘫痪严重者，应用夹板、支架固定，以防止挛缩和畸形。

（六）中医治疗：

1. 肺胃津伤：热退之后，四肢软弱麻木，甚至痿软，心烦口渴，尿赤便秘，舌红、苔黄、少津，脉细数。治法：养阴生津，通经活络。方药：沙参麦冬汤加赤芍、木瓜、玉竹、薏苡仁、山药、丹参。

2. 湿热浸淫：肢软无力，微肿麻木，下肢常见，脘闷便溏，苔黄腻，脉濡数。治法：清热利湿，通经活络。方药：加味二妙散加蚕砂、虎杖、木通、赤芍、红花、木瓜、薏苡仁，减龟版。热盛伤阴时加生地、麦冬，减苍术。

3. 气血瘀阻：肢软无力，皮肤发紫有瘀斑，怕冷，脉络浮现，指甲紫黯。舌质晦黯或有瘀斑，脉细涩。治法：行气活血，消瘀通络。方药：补阳还五汤加麻黄、白芷。肢冷加附片、细辛；感觉障碍加蝉蜕、僵蚕、全蝎。

4. 肝肾亏虚：肢麻痿软，皮肤粗糙，指甲干脆，腰酸膝软，眩晕耳鸣，舌体萎缩、苔薄，脉沉细无力。治法：补益肝肾、和血通络方药：虎潜丸加当归、黄芪、鸡血藤、淫羊藿、巴戟天，减干姜。

（七）针灸治疗：

1. 体针：①肩髃、曲池、外关、合谷、八邪、养老、后溪、环跳、阳陵泉、悬钟、三阴交、足三里、解溪；②大椎、尺泽、曲池、合谷，适用于肺胃津伤；

③阴陵泉、行间、丘墟、足临注，适用于湿热浸淫；④血海、膈俞、气海。梅花针点刺肩部，适用于气血瘀阻；⑤肝俞、肾俞、太溪、复溜、三阴交，适用于肝肾亏虚。

2. 拔罐：①大椎、肩中俞、肩贞、肺俞；②身柱、身外俞、脾俞；③命门、承扶、殷门；④阳关、环跳、伏兔。各组交替使用。先针刺后留罐。

3. 刺血：腰阳关、曲泽，配委阳、委中。常规消毒，用三棱针轻轻点刺；或用梅花针叩击患处局部，使之微量出血。3～4d 1 次。

4. 穴位注射：上肢取夹脊穴、颈 7、胸 1、肩贞、新设、项根；下肢取夹脊腰 2～4、环跳、阳陵泉。每次 1～2 穴，用维生素 B_1 注射液，每穴注入0.5～2ml。隔日 1 次。

（八）气功疗法：参见慢性支气管炎。

（九）单验方：板蓝根、鱼腥草、金银花各 30 克，水煎服，1 剂/d，7d 为 1 疗程。

（十）饮食疗法：

1. 紫河车粉，每次 10g，日服 2 次。

2. 猪或牛脊髓，烤干研粉，加白糖、米粉调服。

急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病

本病又称格林－巴利综合征，曾称急性感染性多发性神经根炎等，属自体免疫性疾病。

【诊断要点】

（一）急性或亚急性起病，病前 1～4 周有上呼吸道或消化道感染症状或有疫苗接触史。

（二）首发症状为四肢远端的对称性无力，为弛缓性瘫痪（肌张力低、腱反射减弱或消失、病理反射阴性），可向近端发展，严重者可累及肋间肌、膈肌而致呼吸困难。

（三）可伴有颅神经麻痹，如双侧周围性面瘫、声嘶、吞咽困难、饮水呛咳等。

（四）可有末梢型（袜子、手套样）感觉障碍。

（五）脑脊液蛋白明显增高，而细胞数正常或略增，即呈蛋白－细胞分离现象，出现在发病 2 周以后。

【治疗】

(一)药物治疗：

1. 免疫抑制剂：地塞米松 10～20mg 或氢化可的松 200～300mg，静脉点滴，1 次/d，连用 10～14d 后逐渐递减，再改口服，维持 1 月。无效者可试用环磷酰胺、硫唑嘌呤。

2. 维生素 B 族药物。

3. 神经细胞营养剂。

4. 免疫球蛋白肌注或静脉注射。

(二)血浆交换疗法：用血浆分离器把患者血浆抽出，同时输入正常人血浆，以除去血中免疫复合物。或将患者血浆内免疫球蛋白、循环免疫复合物等大分子物质清除，再行输入。

(三)保证呼吸道通畅：呼吸困难者，宜及早气管切开，定时吸痰，必要时安置人工呼吸器或捏皮囊以保证给氧，并及早下鼻饲管以保持营养。

(三)中医治疗：参见多发性神经病。

(四)针灸治疗：

1. 体针：

上肢瘫痪：曲池透少海、肩髃刺向臂臑，养老透内关，外关透内关，合谷透劳宫、养老、极泉；曲池、外关、肩髃刺向臂臑、肩井，可加条口透承山。

下肢瘫痪：阳陵泉透阴陵泉，绝骨透三阴交，阳关透曲泉、环跳，昆仑透太溪，绝骨透三阴交、环跳、委中、足三里。

2. 皮肤针：以背部夹脊穴、膀胱经为主，从上而下用梅花针叩打，每日叩打 2～3 条，叩刺至出血为度。1 次/d，20 次为 1 个疗程。

3. 头针：双侧足运感区、运动区上 3/5。

急性脊髓炎

本病是非化脓性的局限于数个节段的急性横贯性脊髓炎症。病因未明，可能为感染或疫苗接种引起的自身免疫性疾病。

【诊断要点】

(一)急性或亚急性起病，病前数天或 1～2 周有上呼吸道或胃肠道感染或疫苗接种史。

(二)迅速出现脊髓横贯性损害三主征：

1. 截瘫：初为脊髓休克，表现为双下肢或四肢的弛缓性瘫痪，2～4 周后变为痉挛性瘫痪。

2. 传导束性感觉障碍：受损平面以下各种感觉减退或消失。

3. 植物性神经功能障碍：早期排尿费力，后转为尿潴留或尿失禁。受损平面以下皮肤少汗或无汗、脱屑、水肿、指(趾)甲松脆。

(三)有的表现为上升性脊髓炎：感觉障碍平面或瘫痪由下肢逐渐波及上肢，甚至累及延髓支配的肌肉而出现吞咽困难、构音不清、呼吸困难等。

(四)脑脊液检查：椎管通畅，化验可正常。也可白细胞、蛋白略增高，糖和氯化物正常。

【治疗】

(一)药物治疗：同急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病。

(二)预防和治疗合并症：

1. 褥疮：保持床褥平整、干燥，每 2～3h 翻身 1 次。已有褥疮者，加垫气圈或代用品支衬，并积极进行治疗。

2. 尿路感染：无菌操作导尿，留置导尿管，定期排尿或冲洗膀胱。参考常用治疗技术章节。

3. 肺部感染：定期翻身拍背，有呼吸困难者尽早气管切开、吸痰，注意无菌操作。有感染迹象者选用适当的抗生素。

4. 加强功能锻炼，促进肌力恢复。将瘫肢放于功能位，以防止足下垂和关节挛缩。

(三)中医治疗：

1. 先驱期：外邪袭表。发热重、恶寒轻，鼻干，咳嗽，头目痛，口渴心烦，肢痛，疹出不畅，舌红、苔黄，脉浮数。治法：辛凉解表，清热解毒。方药：柴葛解肌汤加知母、丹皮、紫草、金银花、连翘。

2. 瘫痪期：

(1)湿热入络：参见多发性神经病湿热浸淫。

(2)瘀血阻滞：腰部肿胀、下肢麻木、强直或痿软不用，皮肤干燥，色紫，二便不利，舌紫，脉沉涩。治法：祛瘀活血。方药：补阳还五汤加木瓜、川续断、牛膝、葛根、丹参。

(3)气血亏虚：头昏目眩，四肢痿软，自汗，神昏气短，面色萎黄，舌淡、苔薄白，脉细弱。治法：益气养血，强筋壮骨。方药：十全大补汤加鹿角片、川续断、巴戟、肉苁蓉。

(4)脾肾阳虚：参见重症肌无力。

(5)肝肾阴亏：参见多发性神经病。

(四)针灸治疗：

1. 体针：按脊髓损伤平面上下夹脊刺(颈段，针1～7椎；胸段，针颈7～胸10椎；腰骶段，针胸10－腰2椎；马尾段，针腰2～骶椎)，并在瘫痪侧肢体针刺，上肢选肩髃刺向臂臑、曲池、合谷、外关、肩贞。下肢选环跳、八髎、承扶、殷门、委中、承山、昆仑、髀关、伏兔、风市、阴陵泉、足三里、阳陵泉、太溪、太冲、绝骨。排尿障碍加中极、关元、三阴交、秩边透水道；排便障碍加支沟、照海。

2. 电针：上肢选肩贞、臂臑；曲池、内关或外关；下肢选环跳、秩边；阳陵泉、足三里或委中、承山。

3. 灸法：取肾俞、大肠俞、次髎、环跳、秩边。先针后灸。

4. 穴位注射：取风市、伏兔、足三里、承山。用复方当归注射液4ml、维生素B_{12} 0.1mg加入10%葡萄糖液10ml，将药液注入风市4ml，伏兔10ml，足三里2ml、承山2ml，双侧交替施治。

(五)推拿疗法：从腰部肾俞或承扶穴开始，沿足太阳经向下揉压(拐肘压法)至踝后昆仑穴。对委中、委阳等穴须停留压之，每压膝、踝关节，对周围之犊鼻、膝眼、委中、委阳、阴谷、血海、鹤顶等穴都需进行揉压。

(六)单验方：桑螵蛸90g(酒炒)、全蝎30g、甘草30g，共研细末，混合服用，4.5g/次，日服3次。

(七)饮食疗法：

1. 牛骨髓油15g、黑芝麻15g、糯米60g、桂花卤6g、白糖60g、清水1 000ml，将糯米、黑芝麻洗净入锅，加清水烧开，煮软，加入牛骨髓油、白糖稍煮，撒上桂花卤即成。2次/d，食之。

2. 羊肝、心、肾、肺、肚各1具，牛酥、胡椒、荜拨、淡豆豉各30g，陈皮、良姜各6g，草果2枚，葱白1把。先将羊肝、心、肾、肺洗净入锅煮熟并捞出，再将牛酥、胡椒、荜拨、淡豆豉等佐料用纱布包好，与羊之肝、心、肺、肾一同放入羊肚内，缝合后再放回原锅内煮，至羊肚熟烂，放入适量盐、姜即

可，佐餐食之。1次/d。适用于肝肾亏损、骨髓败伤之痿证。

脊髓压迫症

脊髓压迫症是一组由于各种病因所产生的脊髓受压的病症，导致不同程度的脊髓横贯性损害症状和椎管阻塞。

【诊断要点】

（一）起病大多缓慢，症状出现的次序、程度和病程，随原发病的性质、部位而异。以缓慢进展的硬脊膜内脊髓外病变为常见。

（二）首发症状常为一侧神经根痛，咳嗽、打喷嚏、用力时加重。根痛的部位具有定位意义。

（三）截瘫：病变节段以下双下肢瘫（胸腰段损害）或四肢瘫（颈段损害），肌张力增高、腱反射亢进、病理反射阳性，两侧瘫痪程度可不对称。

（四）传导束型感觉障碍：病损平面以下，所有感觉均缺失（全横贯损害）；病灶侧深感觉障碍，病灶对侧浅感沉障碍（脊髓半横贯损害）。

（五）括约肌功能障碍：早期小便费力、便秘，进而尿潴留或大小便失禁。

（六）腰穿证实椎管不同程度阻塞、脑脊液蛋白增高。X线平片可见脊椎病变。脊髓碘剂造影、CT、磁共振检查可显示病变情况和部位。

【治疗】

（一）病因治疗（包括手术）。

（二）对症治疗，如应用止痛、镇静、扩张血管药、维生素和神经营养药等。

（三）针灸、按摩、体疗、理疗等，促进功能恢复。

脊髓空洞症

脊髓空洞症是一种慢性进行性脊髓变性疾病。病因不明。由脊髓中央部分变性形成空洞而出现典型的临床症状：病变节段呈分离性感觉障碍（痛觉、温度觉丧失、深感觉保留），病灶支配的肌肉萎缩和营养障碍。病变侵及脑干，则称延髓空洞症。

【诊断要点】

（一）起病隐袭、进展缓慢，多见于青中年（20～30岁）。

(二)分离性感觉障碍:病变节段相应皮区痛温觉缺失而触觉保留。部分患者有自发痛。因痛觉丧失常局部烫伤。

(三)运动障碍:前角细胞受累而出现相应节段的肌肉萎缩和无力。皮质脊髓束受累可出现肢体痉挛性瘫痪和锥体束征阳性。延髓空洞症可见颜面痛-触觉分离和延髓麻痹。

(四)植物性神经功能障碍:可见霍纳征、皮肤营养障碍、排汗障碍、夏科关节。严重者可有大小便障碍。

(五)常有脊柱畸形和弓形足。

(六)应排除脊髓肿瘤、脊髓血管病、神经麻风等。

(七)磁共振检查可明确病变的部位和性质。

【治疗】

(一)支持疗法:维生素B族和其他神经营养药。

(二)确定节段,深部X光放射治疗。

(三)^{131}碘口服治疗,以病程短者较好。

(四)手术治疗,如椎板切除减压术、空洞-腹膜腔分流术等。

(五)加强护理和功能锻炼,防止烫伤和关节挛缩。

运动神经元病

运动神经元病是一组选择性的损害脊髓前角、脑干运动神经元和锥体束的慢性变性疾病。原因不明。

【诊断要点】

(一)起病隐袭,缓慢进展,多见于中年后,男性多见。

(二)运动障碍:两上肢或四肢对称性下运动神经元瘫痪(进行性脊髓肌萎缩症)、延髓麻痹(进行性球麻痹)、四肢呈上运动元瘫痪或两下肢呈上运动元瘫痪并延髓麻痹,以及肌肉萎缩、肌束颤动(肌萎缩侧索硬化症)等。

(三)一般无感觉障碍和括约肌功能障碍(即大小便障碍)。

(四)辅助检查:下运动元损害时肌电图呈神经元性损害表现。脑脊液一般正常,椎管通畅,脊椎X线摄片正常。

(五)排除颈椎病、脊髓肿瘤等。

【治疗】

(一)加强支持疗法:维生素B族、维生素C、维生素E、ATP、氨基酸制剂、核酸制剂等。

(二)晚期患者加强护理,如吞咽困难者给予鼻饲,呼吸肌麻痹时给予人工呼吸。

短暂性脑缺血发作

本病指某一区域脑组织因供血不足导致其暂时局部功能障碍,呈发作性,每次持续时间最多不超过24h,简称TIA。常见病因为颈动脉粥样硬化斑块栓子脱落、动脉受压、血压下降、血管痉挛、血液高凝状态。

【诊断要点】

(一)好发于60岁以上,有高血压、动脉粥样硬化史者。

(二)有反复发作的颈内动脉系统或椎-基底动脉系统供血不足的表现,每次数分钟或数小时,最长者在24h内完全恢复。

1.颈内动脉系统供血不足的表现:病灶对侧轻偏瘫、偏身感觉障碍、视力障碍或偏盲、失语。触诊时患侧颈动脉搏动可减弱。

2.椎-基底动脉系统供血不足的表现:视力障碍、视野改变或同时伴有脑干症状(如复视、眩晕、构音不清、吞咽困难、颜面麻木、共济失调、跌倒发作、交叉瘫等),有的与转颈关系密切。

(三)辅助检查:脑血流图可见波幅明显下降,脑电图、视觉和听觉诱发电位可见异常,多普超声勒检查可见上述2个系统血流量下降。

【治疗】

(一)治疗原发病,如调整血压、稳定心功能、避免血压突降和过剧颈部转动等诱因。

(二)血小板解聚剂和抗凝抗栓治疗:参考脑血栓形成节。

(三)外科手术治疗:包括动脉内膜切除术和颅内颅外血管吻合术。

(四)中医治疗:参考脑血栓形成。

【预防】

大致同脑血栓形成。

脑血栓形成

脑血栓形成是指供应脑血液的颅内外动脉壁病变后形成血栓，引起该范围内的脑梗死而出现的局灶功能障碍。常见病因为动脉粥样硬化，常伴高血压和糖尿病，少数为脑动脉炎、脑血管畸形、真性红细胞增多症等。

【诊断要点】

(一)年龄多在50岁以上伴有动脉粥样硬化、糖尿病、高脂血症者。

(二)既往有短暂性脑缺血发作史。

(三)起病缓慢，多在安静状态下发病，症状在几小时至1～2d达高峰，具有颈内动脉或椎－基底动脉系统脑功能障碍表现。详见短暂性脑缺血发作。

(四)意识多不丧失，多无头痛、呕吐。

(五)辅助检查：

1．腰穿脑脊液压力不高，细胞数与生化基本正常。

2．头颅CT在24h后，可发现低密度灶。

3．其他：血液流变学、脑电图、诱发电位、经颅多普勒超声、磁共振显像、脑血管造影等均有助于诊断和病情估价。

【治疗】

(一)急性期治疗：

1．一般处理：卧床休息，加强护理，必要时吸氧、补液，注意水、电解质平衡，48h后仍不能进食者应鼻饲流质饮食。

2．控制血压：使血压维持在稍高于患者病前平日的水平或高于患者年龄应有的水平。除非血压过高，一般不用降压剂，以免血压过低加重脑缺血。血压过低者，选用适当升压药。

3．增加脑血流，改善脑血液循环：

(1)低分子右旋糖酐或生理盐水500ml，选择加入下述针剂：①复方丹参10～20ml；②川芎嗪80～200mg；③维脑路通400mg；④脉络宁10～20ml；⑤血塞通(三七总皂甙制剂)200－400mg等。静脉点滴，1次/d，10～14d为1疗程。

(2)血管扩张剂：重症早期不宜应用，起病3周病情稳定后适当选用

1～2 种，量不宜过大，以免引起“脑内盗血”。

1)抗栓丸(环扁桃脂)100～200mg，3～4 次/d，口服；也可 20mg/d 加液静脉点滴。

2)培他啶 10mg，3 次/d，口服；也可 20mg/d 加液静脉点滴。

3)钙通道阻滞剂：尼莫地平 20～30mg，3 次/d，口服。氟桂嗪 10～12mg，每晚 1 次口服。脑益嗪 25～50mg，3 次/d，口服。

4)脑脉康(脉栓通)0.1～0.2g，3 次/d，口服，前几日量宜小。

5)盐酸罂粟碱 30～90mg/d，加液静脉滴注。

(3)血液稀释疗法：常用等溶稀释疗法，即每日静脉切开放血 250～500ml，同时静脉点滴等量的低分子右旋糖酐，每日测红细胞压积，当＜38％时，不再放血，这时每日仅输低分子右旋糖酐 500ml，疗程为 5～14d。

4．控制脑水肿：20％甘露醇 250ml，2～4 次/d，静脉滴注。大剂量应用仅适于起病急骤或大面积梗死者，必要时加用地塞米松 10mg，2～4 次/d，但警惕后者易致继发感染和上消化道出血，故一般不常规应用。

5．抗栓治疗：

(1)藻酸双酯钠(类肝素制剂)，每日 2～4mg/kg 体重，溶于 500～1 000ml 输液中，缓慢静脉滴注，10d 为 1 疗程，好转后改为口服。

(2)尿激酶 6 万～30 万 u/d，溶于低分子右旋糖酐或生理盐水中，30min～2h 内静脉点滴，适用 3～7d。

(3)蝮蛇抗栓酶或清栓酶 0.5～0.75u，加入低分子右旋糖酐或生理盐水 500ml，每日静脉点滴 1 次，10～14d 为 1 疗程。

(4)血小板解聚剂：阿斯匹林 80～300mg，1 次/d，口服，也可与潘生丁合用，后者 25～75mg，3 次/d，口服。其他有消炎痛、保太松等。

(5)胰激肽释放酶，每片 20u。男：10 片/次；女：8 片/次，3 次/d，口服。1 月为 1 疗程，连用 2 月。

6．脑代谢活化剂：细胞色素 C、ATP、辅酶 A、胞二磷胆碱、脑复康、脑复新、都可喜、海得琴(喜得镇)、脑活素、乙酰谷酰胺等。

7．脑保护剂：

(1)自由基清除剂：甘露醇、地塞米松、维生素 E、维生素 C、维生素 A 等。

(2)钙通道阻滞剂：见前述。

(3)脑代谢抑制剂(适于重症)：戊巴比妥或硫喷妥。

(4)阿片受体拮抗剂：纳络酮等。

8. 其他：高压氧舱、体外反搏、紫外线照射充氧自血回输等。

9. 手术治疗：早期颅内压增高明显且经脱水无效者，可紧急行脑室引流术减低颅内压。颈外动脉闭塞或狭窄超过50%者，可做血栓摘除及动脉内膜剥离术、搭桥术。

(二)恢复期治疗：加强功能锻炼、体疗、按摩、理疗等。

(三)中医治疗及其他治疗：

1. 痰浊蒙闭：突发半身不遂，口眼㖞斜，言语謇涩，甚至昏迷、不省人事，喉中痰鸣，舌胖、苔厚腻，脉弦滑数。治法：涤痰通闭。方剂：涤痰汤。不省人事者，先用苏合香丸化水鼻饲。

2. 气虚血瘀：半身不遂，肢软，身困乏力，舌淡紫、苔白，脉细弱。治法：益气活血，化瘀通络。方药：补阳还五汤加全蝎、蜈蚣。

3. 肝肾阴虚：半身不遂，肌肉萎缩，手足拘急，头晕耳鸣，目涩视弱，面部烘热，舌绛、少苔，脉沉细弦。治法：滋阴熄风。方药：大定风珠加地龙、木瓜、玄参、天麻、钩藤，减阿胶。

此外，还可服用中成药，如消栓再造丸、消栓通络片等。

(四)其他疗法：可参见脑出血有关内容。

【预防】

保持低脂、低糖饮食，注意锻炼身体，戒烟酒等。如已有动脉粥样硬化、心脏病、糖尿病、高脂血症或血液病时，应积极治疗。对短暂性脑缺血发作应彻底治疗以防止发展为脑血栓形成。可长期服血小板解聚剂以防复发。

脑 栓 塞

本病指脑动脉被进入血液循环的栓子堵塞引起的脑梗死。栓子来源于心脏者最多，风湿性心脏瓣膜病伴心房纤维颤动者占半数以上，其他有亚急性细菌性心内膜炎、心肌梗死等；来源于心外者有动脉粥样硬化斑块、血凝块、脂肪、气体栓子等。

[诊断要点]

(一)多有心脏病史,尤其合并心房纤颤者;或有手术史、创伤史、其他器官栓塞史。

(二)起病急骤,多无前驱症状,症状于数秒至数分钟达高峰。

(三)症状与体征同脑血栓形成,但以颈内动脉系统脑功能障碍的表现为最多(占4/5),严重者可迅速出现昏迷和脑水肿。

(四)常伴有原发病(如心脏病等)的表现和其他脏器甚至皮肤、眼结膜的栓塞症状。

(五)辅助检查:同脑血栓形成。针对原发病可做心电图、超声心动图和胸部X线检查等。

[治疗]

(一)脑部病变的治疗与脑血栓形成相似,急性期以改善脑循环、防治脑水肿为主。

(二)原发病治疗:控制心力衰竭和心律失常;对脂肪栓子可采用缓慢静注20%去氧胆酸钠5~10ml,每2h 1次。气体栓塞取头低位,并做高压氧治疗。细菌性心内膜炎者选用适当的抗生素,但忌用肝素等抗凝治疗。

(三)中医治疗及其他治疗:

1. 风痰阻络:平素体较丰,突然舌强言謇,口流涎沫,肢软无力,苔白滑,脉弦滑。治法:祛风除痰,宣窍通络。方药:解语丹(白附子、菖蒲、远志、全蝎、天麻、胆南星、天竺黄、郁金)加减。

2. 肝肾阴虚,风阳上扰:平素头晕头痛,耳鸣,腰酸腿软,突然半身不遂,舌强言謇,舌红、苔黄,脉弦细数。治法:育阴潜阳,镇肝熄风。方药:镇肝熄风汤加天麻、钩藤。

3. 气虚血瘀:参见脑血栓形成。

(四)其他疗法:参见脑出血有关内容。

脑 出 血

本病又称脑溢血,为脑实质内出血,常见原因为高血压、脑动脉硬化,其次为脑动脉瘤、脑血管畸形、脑瘤出血、血液病等。

【诊断要点】

(一)常见于50岁以上,有高血压病史者。

(二)活动或激动情况下起病。

(三)起病急,全脑症状明显,即有不同程度的意识障碍、头痛、呕吐(颅内高压引起),并有脑局灶病变表现,如偏瘫、失语、脑膜刺激征等

(四)辅助检查:

1.腰椎穿刺:起病6h后脑脊液为血性,压力高。颅内压增高明显者,腰穿应慎重,以免引起脑疝。

2.头颅CT:早期可显示高密度出血灶及其位置和大小。

3.脑超声波检查:可见中线波向对侧移位。

【治疗】

(一)急性期:治疗目的有三:保存生命、减轻病变、预防再发。

1.一般应在当地抢救,不宜长途运送和过多搬动,以防出血加重。头抬高30°,保持呼吸道通畅,吸氧。严密观察意识、瞳孔、呼吸、血压、脉搏等生命体征。

2.降低颅内压,防止脑疝形成:

(1)20%甘露醇250ml,快速静脉滴注(时间不应超过0.5h),每6~8h 1次;10%甘油500ml,静脉滴注,1~2次/d。

(2)速尿20~40mg,静脉注射,每6~8h可重复1次。

(3)地塞米松10~30mg/d,静脉注射或点滴(注意事项同脑血栓形成)

3.适当降低血压:降低血压是为了防止进一步出血,但不可使血压过低,以免脑供血不足。一般在颅内压降低后,血压可相应下降。若血压仍高,常用利血平0.5~1mg,肌肉注射。

4.维持营养和水电解质平衡:不能进食者,每日输液1 500~2 000ml,记出入水量,尿量多时,尤应注意钾盐的补充。起病3d后意识仍不清楚者,可鼻饲流质,以保持营养。

5.止血药:对脑出血并无效果,但合并上消化道出血和有凝血障碍者,可选用6-氨基己酸、对羧基苄胺、止血环酸、止血敏等。对上消化道出血者,还可经胃管鼻饲生理盐水去甲肾上腺素液、冰牛奶、冰盐水、氢氧化铝凝胶、云南白药、三七粉等,也可给予甲氰咪呱等。参见上消化道出

血。

6. 防治并发症：每 3～4h 翻身 1 次，以防褥疮。有感染者给予抗生素。

7. 脑代谢活化剂：参见脑血栓形成。

8. 手术疗法：目的是清除血肿，降低颅内压解除脑疝，挽救生命和加速神经功能的恢复。对血肿大、内科治疗效果不好、仍进行性加重并有脑疝形成趋势或早期脑疝者，若患者一般情况尚好，年龄不过大，心肾功能无明显障碍，可行手术治疗。手术方式有如下几种：

(1)开颅血肿清除术。

(2)脑室体外引流术。

(3)锥颅血肿抽吸和引流术：经 CT 定位后，锥颅，行血肿穿刺，注入尿激酶使血块溶解，然后抽吸、引流。此法较开颅手术安全。

(二)恢复期：同脑血栓形成。

(三)中医治疗：

1. 中脏腑：分闭证、脱证。

(1)闭证：突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，两手握固，面赤身热，口臭气粗，痰涎壅盛，口眼㖞斜，大小便闭，半身瘫痪，苔黄腻，脉弦滑数。治法：清肝熄风，开窍启闭。方药：先鼻饲至宝丹，继用羚羊角汤加减。

(2)脱证：突然昏仆，不省人事，目合口张、鼻鼾气微，四肢厥冷，汗出如油，手撒遗尿，肢瘫舌痿，脉微欲绝。治法：扶正固脱，益气回阳。方药：参附汤加黄芪、麦冬、龙骨、牡蛎、山萸肉、五味子、熟地。

2. 中经络：一般无意识障碍。

(1)风痰阻络：突然口眼㖞斜，口角流涎，肌肤麻木，手足拘挛，言语不利，甚至半身不遂，苔薄白，脉弦滑而数。治法：平肝熄风，化痰通络。方药：化痰通络汤(生石决明、桑寄生各 30g，陈皮、半夏、全虫、地龙、白僵蚕、菊花各 9g，白蒺藜、鸡血藤各 12g)。

(2)阴虚阳亢：素有头晕头痛，耳鸣眼花，突然发生舌强语謇，口眼㖞斜，半身不遂，舌红、苔黄，脉滑或细数。治法：滋阴潜阳，镇肝熄风。方药：镇肝熄风汤。

3. 恢复期：恢复期主要有半身不遂及言语不利。半身不遂多为气虚血瘀型，可选用益气活血的补阳还五汤加减。言语不利应分虚实，虚证可

用滋补肝肾的地黄饮子加减；实证可用祛风豁痰、宣窍通络的解语丹加减。

（四）针灸治疗：

1. 体针：醒脑开窍，适用于各型脑出血患者。主穴取内关、人中、三阴交；配穴取极泉、尺泽、委中。吞咽困难、失语者加翳风、上星、上廉泉；血压高者加人迎、曲池；运动受限者加合谷、太冲。

（1）中经络：上肢取肩髃、曲池、外关、合谷；下肢取环跳、阳陵泉、足三里、解溪、昆仑。口角㖞斜加地仓、颊车、太冲、内庭；语謇加用头皮针，取语言区。

（2）中脏腑：闭证选水沟、十二井、太冲、丰隆、百会、风池。均用泻法，其中十二井穴点刺出血；脱证选关元、气海、神阙、命门、足三里、阴郄。前3穴以大艾炷灸之，后针各穴，用补法。

（3）后遗症：四白、下关、地仓、廉泉、肩髃、曲池、外关、合谷、阳池、通里、环跳、阳陵泉、足三里、昆仑、绝骨，每次头面、上下肢各选2～3个俞穴，健侧与患侧交替针刺、平补平泻法。

2. 灸法：主穴选神阙、关元、足三里、绝骨、肾俞、曲池、颊车。配穴选气海、风门、命门、风池、地仓、合谷、肩髃、风市。每次选3～5穴，行温和灸。

3. 耳针：肾上腺、神门、肾、胆、脾、心、脑点、耳尖、瘫痪相应部位，降压沟。

4. 电针：参考体针穴位，每次选2穴，针刺得气后接通治疗仪。

5. 埋线：取手足三里、阳陵泉、承山、三阴交，适用于偏瘫，每次选1～2穴，埋植羊肠线，每月1次。

6. 刺血：取曲池、尺泽、委中。血压高取双侧，偏瘫取患侧。每穴放血2ml，隔日1次。

7. 穴位注射：偏瘫早期用5%γ－酪氨酸1.5ml或三磷酸腺苷10～20mg，注入瘫侧风池穴；后期用维生素B_1 100mg加50mg烟酰胺注入瘫侧风池穴。

（五）气功疗法：参见肺结核病。采用自然呼吸法，每天练功4～6次。

（六）单验方：

1. 藜芦、常山各10g，共研细末，温开水冲服，以洗净羽毛探喉取吐。

适用于中风不语、痰涎壅盛者。

2. 皂荚、细辛各 6g，二药研末，取药粉 3g 吹鼻内，10min 后开始呕吐痰涎。适用于卒中痰迷者。

（七）饮食疗法：

1. 黄芪 30g，当归、枸杞子各 10g，大枣 10 枚，瘦猪肉 100g，精盐少许。将猪肉切成薄片，与黄芪、大枣、当归、枸杞一并入锅，加水适量炖汤，肉将熟时加入少许精盐调味，食肉喝汤。适用于中风后遗症者。

2. 黄芪 100g，地龙 30g，当归 50g，红花、赤芍各 20g，川芎 10g，玉米面 400g，小麦面 100g，桃仁、白糖各适量，将干地龙以酒浸泡去其气味，然后烘干研为细面；红花、赤芍、当归、黄芪、川芎等入砂锅加水煎成浓汁去渣，再把地龙粉、玉米面、小麦面、白糖倒入药汁中调匀，做圆饼 20 个，将桃仁去皮尖略炒，匀布饼上，入笼蒸熟或烤熟均可。每次服 1～2 个，2 次/d。适用于中风后遗症者。

【预防】

应从预防和治疗高血压着手，除服降压药外，应建立合理的作息制度，避免过重的体力劳动和剧烈的情况激动，及时治疗大便干结，戒烟，减少饮酒，坚持保健体操等锻炼。

蛛网膜下腔出血

本病指脑表面的血管非外伤性的（即自发性的）破裂，血液流入蛛网膜下腔的一种病理状态，它与脑实质内出血后血液流入蛛网膜下腔者不同。以先天性颅内动脉瘤为最常见，脑血管畸形和脑动脉粥样硬化次之，其他少见的原因为脑动脉炎、肿瘤破坏血管、血液病（如白血病等）和结缔组织病等。部分病例原因不明。

【诊断要点】

（一）起病急，在用力或激动情况下发病。

（二）有剧烈的头痛、呕吐，可出现意识障碍和精神症状。

（三）脑膜刺激征阳性，而神经系统定位体征较少。若有一侧动眼神经麻痹，常提示有动脉瘤。眼底检查可见视网膜前或玻璃体下出血，10% 有视乳头水肿。

（四）病后数日若逐渐出现意识障碍和偏瘫，腰穿证实无再出血者，则

可能为继发性脑血管痉挛。

(五)辅助检查：

1. 腰椎穿刺：脑脊液为均匀血性，压力高。

2. 脑血管造影：有利于脑动脉瘤和脑血管畸形的诊断和手术治疗.

3. 头颅CT：可显示血肿的大小和部位，出血流动的方向，加强扫描有时可显示出脑血管畸形。

【治疗】

(一)一般治疗：目的为缓解症状，阻止出血，预防继发性脑血管痉挛和再出血。方法基本同脑出血，尤应注意：

1. 绝对卧床休息4～6周。

2. 避免激动和过分用力排便和咳嗽，必要时给予缓泻剂和止咳剂。

3. 用足够量的镇静剂和止痛剂，如安定、强痛定、颅通定、可待因等。

4. 可用大量的抗纤溶性止血药物，如6－氨基己酸，第1d用48g加5%葡萄糖液1 000ml中静脉点滴，以后用24g/d，连续使用7～10d后，改为口服，逐渐减量停药，用药时间不宜少于3周。对羧基苄胺(抗血纤溶芳酸)用法同上，1 000mg/次，6～8h 1次，维持2～3周，停药采取渐减法。

5. 对继发性脑血管痉挛，可用尼莫地平，首剂0.7mg/kg体重，以后0.35mg/kg体重，每4h 1次，连用21d。也可用心痛定、氟桂嗪等。

(二)手术治疗：病情稳定后，选择适当时机，做病因根治手术。

(三)中医治疗：

1. 肝经热盛：剧烈头痛，呕吐眩晕，耳鸣目胀，脑中热痛，心中烦热，半身不遂，甚至神昏，不省人事，口苦咽干，舌红、苔黄，脉弦数。治法：清热熄风。方剂：天麻钩藤饮加羚羊角、龙胆草、地龙、代赭石、白芍。牙关紧闭者加大黄、芒硝，兑服安宫牛黄丸。

2. 湿热内阻：眩晕呕吐，头痛昏仆，口苦粘腻，胸闷腹胀，口渴不欲饮，咯痰黄稠，舌红、苔黄腻，脉滑数。治法：清热化湿。方药：黄连温胆汤。痰热腑实者加大黄、全瓜蒌。

3. 痰浊蒙闭：参见脑血栓形成。

4. 肝阳暴亢：参见脑出血阴虚阳亢。

(四)其他疗法：参见脑出血。

癫　痫

癫痫为脑神经元病态过度放电引起的一过性大脑功能紊乱，临床上以反复发作的意识障碍和抽搐最为典型。原发性癫痫者，原因不明，很多有遗传倾向。继发性癫痫者，是由多种脑器质性病变或代谢紊乱所致，如脑外伤、肿瘤、炎症、脑寄生虫病、脑血管病、营养代谢疾病和中毒等。

【诊断要点】

（一）首先要确定是否为癫痫：癫痫的诊断主要靠患者或旁观者叙述的当时发作的症状或医生亲眼所见到的发作表现，以及脑电图等检查。应与晕厥、短暂性脑缺血发作、癔病等相鉴别。

（二）确定发作的类型：

1．全身强直－阵挛发作（在原发性癫痫中也称大发作）：以意识丧失和全身抽搐为特征。发作可分3期：

（1）强直期：突然意识丧失，全身骨骼肌呈现持续性强直收缩，尖叫一声倒地，两眼上翻，牙关紧闭，呼吸停止，面色苍白，后转为青紫。颈和躯干先屈曲而后反张，上肢由上举、后旋变为内收旋前，下肢屈曲变为伸直，持续10～20s后，肢端出现细微震颤。

（2）阵挛期：四肢震颤幅度逐渐增大并延及全身，呈全身肌肉间歇性痉挛，四肢强烈抽动，牙关间歇性紧闭而咬破唇舌，尿便失禁，历时0.5～1min，然后抽搐突然停止。

（3）抽搐后期：呼吸首先恢复，喷出白沫和血沫，意识逐渐清醒，历时5～10min。有的在清醒前表现为精神错乱。醒后感头痛、全身酸困，对抽搐全无记忆。脑电图呈弥漫性棘波或棘－慢综合波。若大发作在短期内频繁发生，以致发作间隙期意识持续昏迷者，称为癫痫持续状态。

2．失神发作（小发作）：以意识障碍为主，可伴轻度肌阵挛或肌张力丧失而跌倒，历时短暂（一般5～30s）。脑电图呈现为对称性的3r/s的棘－慢综合波。

3．单纯部分发作（局限性发作）：单肢或一侧肢体的抽搐发作或感觉异常，不伴有意识障碍。有的发作后遗留短暂的瘫痪，称Todd瘫痪。有的发作由一处（如面部或拇指）开始，逐渐扩展到一肢体或一侧肢体，称杰克逊癫痫。脑电图呈现为症状对侧的局灶性异常。

4. 复杂部分发作(精神运动性发作):以意识障碍和精神行为异常为特征,表现为躁狂、抑郁、幻觉、错觉和各种自动症(如吸吮、咀嚼、搓手、抚面、解扣、脱衣、移动桌椅、无意识地行走和叫喊、白语等)。病变多在颞叶、额叶。脑电图表现为额或颞部异常。

5. 特殊类型发作:间脑发作、肌阵挛发作、婴儿痉挛症等。

(三)判定癫痫的病因:

1. 区别原发性癫痫和继发性癫痫(表 3 0-1)。

2. 对继发性癫痫要探讨其具体的病因:

(1)脑部疾病:

1)有产伤、高热惊厥、脑炎、脑外伤、卒中等病史。

2)体检中若发现颅内肿瘤的视乳头水肿和神经系统定位体征、脑动静脉畸形的头部杂音或囊虫病的皮下结节等,则病因已有线索。

3)辅助检查如头颅 CT、脑血管造影、同位素脑扫描、磁共振、囊虫免疫检查等,均有助于查明病因。

表 3-0-1 原发性癫痫与继发性癫痫的区别

	原发性癫痫	继发性癫痫
家族史	可有	无
发病年龄	20~30 岁以前	20~30 岁以后
发作类型	全面发作	部分发作,全面发作
先兆	无	有
意识丧失	较早	较晚或无
阳性神经系统体征	无	可有
脑电图	弥漫异常或正常	定侧或定位异常

(2)对全身性疾病首先要排除代谢性疾病,如低血糖症、低血钙症、氨基酸尿症、急性间歇血卟啉症等,这些需要做相应的实验室检查。

【治疗】

(一)病因治疗:对脑部疾病或全身性疾病,参考有关章节做相应处理。对脑部的痫灶(如局限性瘢痕、脑膜-皮质局限性粘连等)行手术切除术。

(二)对症治疗:

1. 抗癫痫药的应用原则:

(1)药物选择:根据癫痫类型选择用药:①原发性强直-阵挛发作首选丙戊酸钠,次选苯妥英钠或苯巴比妥;②失神发作首选乙琥胺,次选丙戊酸钠;③单纯部分发作或继发性强直-阵挛发作首选苯妥英钠,次选卡马西平或苯巴比妥;④复杂部分发作首选卡马西平,次选扑痫酮或苯妥英钠;⑤肌阵挛发作首选氯硝安定或硝基安定;⑥婴儿痉挛症首选强的松每日2mg/kg体重,无效时改服丙戊酸钠加氯硝安定。

(2)药物剂量:因人而异。自常用量的低限开始,如不能控制,再逐渐增加剂量。常用抗癫痫剂量范围(mg/d)如下:丙戊酸钠儿童400~1 000,成人600~1 800;苯妥英钠:儿童100~300,成人300~600;苯巴比妥:儿童30~180,成人90~300;卡马西平:儿童200~800,成人600~1 200;乙琥胺:儿童250~1 000,成人750~1 500;扑痫酮:6岁以上儿童250~1 000,成人750~1 500;氯硝安定:儿童1~4,成人4~6。有条件者,可监测药物血浓度来酌情调整剂量较可靠。

(3)开始以一种药物治疗,增加剂量无效时,可2~3种药物合用。

(4)取得患者或家属的合作,坚持正规服药,不可随意中断或更换药物,否则易引起癫痫持续状态。

(5)停药原则:强直-阵挛发作和单纯部分发作,在完全控制2~5年后,失神发作在完全控制半年后,可考虑停药。停药前必须缓慢减量,病程越长,用量越大,用药越多者,则停药越需缓慢。停药过程中可参考脑电图变化,整个过程不少于3个月。复杂部分发作很少能完全控制,即使控制者,也需长期较小剂量维持。

(6)注意药物的副反应和毒性反应,定期复查血常规、尿常规、肝肾功能,遇有毒副反应酌情处理。

2.强直-阵挛发作和自动症当时的治疗:对强直-阵挛发作,要扶患者卧倒,防跌伤或伤人。衣领、腰带要解开以利呼吸,将手帕或外裹纱布的压舌板塞入上、下臼齿之间,以防舌咬伤。对抽搐不必强压患者肢体,以防脱臼或骨折。将患者头转向一侧,让分泌液流出,以免窒息。一般不需药物处理,对惊厥时程偏长者,可给予苯巴比妥钠0.2g,肌肉注射。对自动症要注意防护,避免自伤或伤人。发作后给予抗痫药物治疗,以防复发。

3.癫痫持续状态的处理:

(1)首先应从速控制发作，选用速效、安全的抗癫痫药，静脉注射，首次足量，争取1次给药即能控制。可依次选用：

1)安定：成人每次10~20mg。儿童0.25~0.5mg/kg体重，1次最多不超过10mg。缓慢静脉注射(不需稀释)，速度不超过2mg/min，复发者，可0.5h后重复注射。

2)氯硝安定：成人2~4mg/次，儿童每次0.05~0.1mg/kg，体重缓慢静脉注射，速度0.1mg/s，20min后不能控制者，可重复原剂量1次或2次。

3)异戊巴比妥钠：成人0.5g，儿童1岁为0.1g，5岁为0.2g，溶于注射用水10ml中，静脉注射，速度不超过0.1g/min，注意呼吸抑制和血压下降。

4)10%水合氯醛，成人20~30ml，儿童0.5ml/kg体重，保留灌肠。

(2)维持治疗：抽搐停止后可选用：

1)苯巴比妥钠，成人0.1~0.2g，每6~8h肌肉注射1次。

2)安定100~200mg溶于葡萄糖或生理盐水500ml中，于12h内缓慢静脉滴注。

3)氯硝安定成人2mg，2次/d，肌肉注射。儿童每次0.05~0.1mg/kg体重，在静脉注射12h后，每日肌肉注射1次。

(3)在抢救过程中，要给氧、防护、预防和控制并发症，如脑水肿，高热，水、电解质和酸碱平衡紊乱，肺炎，窒息，呼吸循环衰竭等。

(4)患者清醒后改口服抗癫痫药。

(二)中医治疗：

1．发作期：

(1)风痰闭阻：突然跌仆，面色晦黯、萎黄，双目半开半合，神志昏愦，抽搐、吐涎或尖叫，二便失禁(也有仅表现呆木无知，不闻不见，不动不语，每日数十次频繁发作者)，舌淡、苔白厚腻，脉弦滑。治法：涤痰熄风，开窍定痫。方药：定痫丸加郁金，减朱砂。

(2)肝火痰热：平素性情急躁，每因忧怒诱发，突然昏仆抽搐，口吐涎沫，大声吼叫，口苦，便秘，咯痰胶粘，心烦失眠，舌红、苔黄腻，脉弦滑数。治法：清肝泻火，化痰开窍。方药：龙胆泻肝汤合涤痰汤加地龙、竹沥，减当归、南星、柴胡、生姜。

2．休止期：

(1)脾虚痰盛：面色㿠白，神疲乏力，身体瘦弱，食欲差，痰多，胸腔痞闷，便溏，舌淡、苔白腻，脉濡滑。治法：健脾化痰。方剂：六君子汤加制南星、薏苡仁、石菖蒲。

(2)肝肾阴虚：发病日久，神志恍惚，面色晦黯，形体瘦弱，头晕目眩，两眼干涩，健忘失眠，腰酸腿软，舌红、苔薄，脉细数。治法：滋补肝肾，潜阳安神。方药：左归丸加女贞子、枣仁、五味子、紫河车。心烦者加栀子、莲子心。便秘者加火麻仁、郁李仁、柏子仁。

(四)针灸治疗：

1. 体针：

(1)发作期：主穴选人中、百会、涌泉；配穴选内关、太冲、足三里、三阴交、丰隆。用泻法。

(2)休止期：主穴选风池、风府、大椎。配穴选心俞、神门、丰隆、内关、合谷、足三里。平补平泻法。

2. 灸法：取百会、鸠尾、上脘、神门、申脉、大敦。艾炷灸。

3. 耳针：神门、枕、心、胃、皮质下。

4. 贴敷：取神阙穴。芫花 50g(醋浸 1d)、明雄黄 6g，胆南星 10g、胡椒 5g，共研末，取 10～15g，填放穴内，覆盖纱布，胶布固定。每 3～5d 换 1 次，3 个月为 1 疗程。

5. 拔罐：取百会、印堂，先针后留针拔罐，1 次/d。

6. 刺血：主穴：太阳、曲泽。配穴：委中、阳交。

7. 穴位注射：取风池、大椎、内关、足三里。用维生素 B_1 或维生素 B_{12} 注射液。每次选 2～3 穴，每穴注入 0.5ml。

8. 挑治：取四神聪、项区点、背区点、长强穴，行挑筋治疗，每周 1 次，3 次为 1 疗程。

9. 割治：背腰部腧穴割治法：大椎、腰奇、陶道、膈俞、命门、身柱、肝俞、阳关。每次取 3～5 个穴位，局麻后，用手术刀割约 0.5cm 长的切口，挑净皮下纤维组织，并在割治穴上拔玻璃火罐，吸取 0.5h 后取下，再将割治部位消毒，常规包扎。每周割治 1 次，3 次为 1 疗程，一般割治 1～3 次，多有明显疗效。

(五)埋线疗法：主穴：大椎、哑门、腰奇、鸠尾。配穴：翳明、神门。每次选 2～3 穴埋入羊肠线，20d/次。

(六)推拿疗法：

1. 发作时掐点人中，醒后揉拿手三阴经，点按曲池、神门、内关、合谷，揉拿颈项，点按风池。适用于风痰闭阻。

2. 发作时掐点人中、涌泉，醒后点按肝俞、胆俞。嘱仰卧，提拿足三阴经，点按太冲、丰隆、三阴交；白天发，点按申脉，夜间发，点按照海。适用于痰火内盛。

3. 坐位，双手点按脾俞、肺俞、心俞。嘱仰卧，推脾运胃，揉拿足三阴经，点按内关。适用于心肾亏虚。

(七)单验方：

1. 胆矾 0.3～0.6g，温醋汤送服，片刻即吐。适用于痰盛者。

2. 藜芦、郁金各 10g，共研细末，温浆水和服探吐。适用于风痰盛者。

3. 蝉蜕、炙僵蚕、全蝎、蜈蚣(去头足)等份，晒干研末，每次 3g，2 次/d，连服 15d。

4. 丹参 15g，煎服，1 剂/d。

5. 棕榈树新鲜小根 60g，煎汤代茶，每日服用，连服 2 月。

6. 丹参 150g、五味子 60g、白酒 1 000ml，浸泡 2 周后，每次 10ml，早晚各服 1 次。

7. 胆星、石菖蒲各 30g，明矾、远志各 24g，共研细末，每次 1.5g，水冲服，早晚各服 1 次，1 个月为 1 疗程。

(八)饮食疗法：

1. 红蓖麻根(红茎红叶)60g，鸡蛋 2 个，醋适量，将鸡蛋破壳煎熟，再放醋、蓖麻根，加水适量煎服，1 次/d，连服数日。

2. 羊肝 60g，谷精草、白芍各 10g，慢火炖食，1 次/d。

3. 猪蹄 2 个、猪心 1 个、鲜地榆 30g，共煮烂，去药渣，吃肉、饮汤，连服 1 周。

【预防】

(一)预防已知的致病因素，如产伤、颅脑外伤、脑部的各种感染(如囊虫病、结核、乙型脑炎等)。

(二)对新生儿和婴儿期的高热惊厥，务必及时控制，以免导致缺氧性脑损害，严重的或频繁的高热惊厥，宜长期用抗痫药，如苯巴比妥每日 3mg/kg 体重，分次服，到 5 岁为止。

(三)优生优育,提倡原发性癫痫患者、尤其该父母都有癫痫或已生过癫痫子女的人应限制生育。癫痫患者选择配偶时,宜不与家中或本人有癫痫和高热惊厥史的对象结婚,以减少遗传因素的影响。

偏 头 痛

偏头痛是指颅内外神经－血管功能障碍引起的周期性发作的一侧或两侧的头痛。典型者以血管痉挛导致视觉先兆(如闪光、暗点等),继而血管扩张而引起头痛。病因不明。

[诊断要点]

(一)青春期起病,儿童也不少见,女多于男。

(二)诱因:劳累、情绪紧张、缺少睡眠、噪音、强光、气候变化、月经期等。

(三)临床类型:

1. 典型偏头痛:

(1)多有家族史。

(2)有明显的先兆:眼前闪光、金星、暗点、黑蒙、偏盲等,也可有嗜睡、精神不振、肢体感觉异常、偏瘫或失语,10～14min 消失。

(3)头痛:单侧或双侧剧烈的头痛;或交替发作,性质为跳痛、胀痛、敲击痛、刺痛,同时感到颞动脉搏动增强,压之可使疼痛减轻,常伴有厌食、恶心、呕吐,持续数小时至 1～2d。每日或数周或数月发作 1 次。

2. 普通型(非典型)偏头痛:最多见,家族史和先兆期均不明显,头痛与伴发症状同前,持续时间较长。

3. 特殊型偏头痛:

(1)眼肌瘫痪性或偏瘫性偏头痛:头痛发作开始或发作后,病侧出现眼肌瘫痪或头痛对侧出现轻偏瘫,可短时恢复,也可持续数周。部分家族中有同样患者。

(2)基底动脉型偏头痛:先出现视觉先兆(同前)和脑功能紊乱,如复视、眩晕、构音障碍、口周或舌发麻、肢体麻木、共济失调等,20～30min 后出现枕颈部或一侧头部跳痛,常伴恶心、呕吐。头痛持续数小时至 1d,在睡眠后缓解。

(3)腹型偏头痛:儿童有偏头痛家族史者,其头痛较轻,而以发作性腹

痛为主，常伴有恶心、呕吐、腹泻、寒战、苍白、出汗等。

（四）头痛间歇期：无阳性神经系统体征，脑电图可有慢波或痫性放电，脑血流图可见异常。

【治疗】

（一）发作时的治疗：

1. 对不常发作且不很剧烈的偏头痛，可给非固醇类消炎止痛药，如阿斯匹林、消炎痛、布洛芬、芬布芬等。

2. 对强烈的偏头痛，可在发作的早期给予咖啡因麦角胺 0.1～0.2g，若不能控制发作，0.5h 或 1h 后，可追加0.1g，但每日总量不超过0.6g，每周不超过 1.2g。消化性溃疡，高血压，严重心血管、肝、肾疾病，妊娠者禁用。

3. 镇静剂与前述药合用可增进止痛效果，如安定、苯巴比妥、甲哌氯丙嗪、异丙嗪、丙咪嗪等。

（二）预防治疗：对发作频繁即每月发作 2 次以上者可选用下列药物：

1. β受体阻滞剂：心得安 10～30mg，3 次/d，口服。心动过缓、低血压、哮喘者忌用。

2. 抗组织胺药：苯噻啶 0.5～1mg，3 次/d，口服；赛庚啶2～4mg，3 次/d，口服。

3. 钙通道阻滞剂：硝苯吡啶 10～20mg，3 次/d；氟桂嗪 10～12mg，每晚 1 次服；脑益嗪 25～50mg，3 次/d。口服。

（三）中医治疗：

1. 风痰阻络：偏侧头痛，钻痛掣急，痛连目系，面唇手足麻木，语言不利，视物不清，面色苍白，舌苔白腻，脉浮弦滑。治法：祛风化痰，活络止痛。方药：玉真散合牵正散。

2. 痰浊上扰：偏头痛，连及目眶，时发时止，缠绵不已，脘腹胀满，痰涎较多，苔白腻，脉弦滑。治法：化痰降逆。方药：半夏白术天麻汤加胆星、莱菔子、枳实、石菖蒲。

3. 瘀血阻络：偏额颞部疼痛，经久不愈，痛点固定，痛如针刺，面色多黯滞，舌紫暗，脉沉涩。治法：活血化瘀，通络止痛。方药：通窍活血汤加白芷、丹参、蜂房。

4. 肝阳上亢：一侧额颞部波动性头痛，畏光怕响，面红目赤，头晕肢

麻、耳鸣、寐差，舌红、苔薄黄，脉弦数。治法：平肝熄风。方药：镇肝熄风汤加地龙、钩藤、葛根。

（四）针灸治疗：

1. 体针：取太阳、率谷、风池、中渚、侠溪、百会。

2. 灸法：头维、上星、百会、风池、天柱、风门、合谷。艾条温和灸。

3. 拔罐：取大椎、风门、肝俞、神道、肺俞、脾俞。

4. 耳针：太阳、枕小神经、神门、肾、皮质下。

5. 穴位注射：取肩胛骨内上角压痛点。由压痛点向外斜刺，达肩胛骨骨膜，快速注入10%葡萄糖10～15ml。

（五）推拿疗法：患者坐位，用一指禅推法从印堂向上沿前额发际至头维、太阳，往返3～4遍，最后用五指拿法认头顶拿至风池，改用三指拿法，沿膀胱经拿至大椎两侧，重复4～5次。

（六）单验方：

1. 白芷粉3g、荆芥6～9g，煎汤冲服。

2. 葛根30g，水煎服，2次/d。

3. 吴茱萸10g、黄柏10g，盐水炒，水煎服。

4. 赤芍、川芎、元胡、黄连、黄芩、草乌头、当归、雄黄各等份，共研末，用纸捻子蘸药纳于鼻中。

震颤麻痹

震颤麻痹又称帕金森病，主要因黑质和黑质－纹状体通路变性，导致纹状体多巴胺含量减少、乙酰胆碱作用相对增强，而出现肌强直、运动减少伴震颤等症候群，原因不明。继发性者称震颤麻痹综合征，是由多原因引起的，如感染（甲型脑炎）、中毒（一氧化碳、铅、汞、锰等）、颅脑外伤、药物（吩噻嗪类、丁酰苯类、胃复安、抗抑郁剂等）、脑动脉硬化和其他变性脑病等。

【诊断要点】

（一）一般在50岁以后发病，起病缓慢，症状呈进行性加重。

（二）肌强直：多从一侧上肢远端开始，逐渐蔓延至近端、对侧及全身。肢体的屈肌和伸肌张力均增加，呈"铅管样"强直，若伴有震颤，则呈"齿轮样"强直。因表情肌肌强直而呈"面具脸"，颈和躯干肌强直而呈前屈状。

四肢轻度屈曲。走路时足拖地、碎步前冲呈"慌张步态",缺少上肢的协同摆动。

(三)运动减少:是因肌张力增高引起的动作不便,表现为随意动作减少而缓慢,精细动作不能顺利进行,书写困难,字越写越小,称"小写症",语言缓慢而含糊,声音低沉。

(四)震颤:常从一侧上肢开始,手呈"搓丸样"颤动,以后渐波及同侧下肢继而全身。以静止性震颤为特征,即震颤在不活动时出现,活动时消失;激动时加重,睡眠时消失。部分老年患者可无震颤。

(五)其他:植物性神经紊乱,如皮脂腺分泌增加而呈"油脂样"面孔、流涎、排汗紊乱、大小便困难、直立性低血压等。少数有精神抑郁和痴呆等。

(六)鉴别诊断:应与老年性震颤和特发性震颤相鉴别。

【治疗】

(一)药物治疗:

1. 抗胆碱药:安坦 2～4mg, 3 次/d, 口服;山莨菪碱 10～20mg, 3 次/d, 口服。有口干、大小便困难等副作用。有青光眼和前列腺肥大者忌用。

2. 抗组织胺药:非那根或苯海拉明 12.5～25mg, 3 次/d, 口服。仅作为辅助用药。

3. 多巴胺补充剂:

(1)左旋多巴:小量开始,初用 0.125g, 3 次/d, 口服,以后有每隔 4～5d 增加 0.25g,同时逐渐增加服药次数至 4～5 次/d。维持量因人而异,常用 1.5～4g/d。

(2)脑外脱羧酶抑制剂与左旋多巴的复方制剂——美多巴和倍尼麦。最初给 0.125g,2 次/d, 口服,隔 2～4d 增加剂量 0.125g,常用量0.375～1g/d,分 3～5 次口服。

4. 金刚烷胺 100～150mg,每日早晨、中午各服 1 次,有癫痫史者禁用。

5. 溴隐停:最初用 0.625mg/d, 口服,缓慢增加剂量,常用维持量 15～40mg/d。一般在多巴疗效衰减或副作用强烈时用以替代或合并使用。也可先给本药,然后逐渐合并适量的复方多巴。

6. 黑色素细胞刺激素释放抑制因子 400mg,静脉滴注,连续 10d 为 1

疗程。可与其他疗法相辅采用。

(二)手术治疗：丘脑后外侧核定向破坏术，因不宜双侧施行，自多巴疗法扩大后，已不采用。同体肾上腺髓质移植于纹状体、死胎儿的黑色素细胞培养后定向注射入纹状体疗法等尚在研究中。

(三)按摩和体疗：对肌强直、关节强硬等可起到辅助治疗作用。

(四)中医治疗：

1．气郁阻络：指、趾震颤，似搓丸样动作，屈伸不利，情绪激动时加重，胸闷不舒，爪甲青紫，舌紫黯，脉细涩。治法：行气活血。方药：通窍活血汤加丹参、郁金、柴胡、白芷、全蝎。

2．痰热动风：震颤，活动笨拙，腕、指关节僵直，胸脘满闷，痰多，流涎，汗出，面黄带青，苔黄腻，脉弦滑数。治法：清化热痰，熄风通络。方药：导痰汤加天麻、钩藤、地龙、全蝎、丹参、黄芩。

3．气血两虚：震颤较重，面色无华，精神倦怠，四肢乏力，头晕眼花、心悸气短，舌胖，脉细弱。治法：益气养血，活络熄风。方药：十全大补汤加木瓜、全蝎、天麻、丹参。

4．肝肾阴虚：头晕耳鸣，腰酸肢麻，呆痴健忘，筋脉拘急，体瘦，笨拙，舌绛、少苔，脉沉细弦。治法：滋补肝肾，育阴熄风。方药：大定风珠加丹参、地龙、全蝎。

(五)针灸治疗：

1．体针：取四神聪、风池、合谷、神门、三阴交、太溪、太冲、肝俞、肾俞、大椎。

2．头针：取运动区，舞蹈震颤控制区。

3．耳针：取脑干、神门、枕、皮质下、肝。

散发性脑炎

散发性脑炎是以散发形式发病的脑实质炎症的一组疾病，它包括急性变态反应性脱髓鞘脑病和一部分病毒学未证实的病毒性脑炎。临床上以意识障碍和精神症状较为突出。

【诊断要点】

(一)发病无季节性、地区性，各组年龄均可发病。

(二)急性或亚急性起病。病初可有某些上呼吸道或胃肠道感染的前

驱症状，如发热、头痛、腹泻等。

（三）临床表现多样化，以意识障碍和精神异常较为突出。

1．意识障碍：程度不一，可为嗜睡、意识模糊、昏迷、去皮层状态等。

2．精神异常：多见精神运动迟钝，亦可呈类分裂性精神病，行为紊乱、幻觉、妄想、思维智能障碍等。

3．癫痫发作表现。

4．有神经系统损害体征：失语、偏瘫、不自主运动、颅神经损害、病理征等。

5．颅内高压症：头痛、呕吐、视乳头水肿，甚至脑疝形成。

（四）实验室检查：

1．脑脊液，可正常；也可压力增高，白细胞数增高（以淋巴细胞为主），蛋白轻度增高，糖和氯化物正常。免疫球蛋白可增高。

2．脑电图，呈弥漫性异常，或在弥漫性异常的背景上呈局灶性异常，可有癫痫波。

3．头颅CT，可见单个或多个大小不等、界限不清的低密度灶，有时为白质大片低密度灶。

（五）鉴别诊断：注意与已知的病毒性脑炎（如乙脑等）、其他病原引起的脑炎（如流脑、结核性脑膜炎、化脓性脑膜炎）、其他的脱髓鞘疾病（如多发性硬化、弥散性硬化等）、精神分裂症、脑肿瘤等相鉴别。

【治疗】

（一）急性期治疗：对症治疗和全身治疗同乙脑（见传染病）。精神护理对预后至关重要。考虑为急性脱髓鞘脑病者，可用肾上腺皮质激素，如地塞米松10～20mg/d或氢化可的松200～300mg/d静脉滴注，10～15d为1疗程。以后改为地塞米松0.75～1.5mg或强的松10mg，3次/d，口服，维持半个月到1个月。考虑为病毒性脑炎者，治疗同乙脑。

（二）恢复期治疗：注意肢体和语言功能的训练，针灸、理疗、按摩均有一定的帮助。

（三）中医治疗：

1．风痰闭窍：情感淡漠，行为幼稚，不知饥饱，二便失禁；或幻觉幻想，哭闹乱动，甚至昏迷不醒，苔腻，脉弦滑。治法：祛风通络，豁痰开窍。方药：涤痰汤减人参，加丹参。

2. 肝阳上元、瘀邪阻窍：半身不遂，吞咽不利，头痛，项强，语謇，呆滞，双侧锥体束征（霍夫曼征及巴宾斯基征）阳性，舌红、苔薄黄，脉弦有力。治法：平肝潜阳。方药：镇肝熄风汤加全蝎、远志，兑服安宫牛黄丸。

3. 肝风痰浊：突然跌倒、神志不清，抽搐吐涎，继则肢体偏瘫，精神恍惚，舌苔白腻，脉弦滑。治法：涤痰熄风。方药：定痫丸加钩藤、地龙。

（四）针灸治疗：

1. 体针：高热无汗或汗少取大椎、曲池；有汗或多汗取复溜或曲池，或点刺少商、商阳及十宣穴放血。

2. 耳针：取耳尖、肾上腺、内分泌、枕、心、皮质下、神门、肝、脾。

（五）单验方：活癞蛤蟆1只、朱砂3g、雄黄24g，将癞蛤蟆剖腹去内脏，放入朱砂、雄黄、加酒适量，即刻敷于患者脐部，固定2h，1～2次/d。适用于痉厥、昏迷者。

多发性硬化

多发性硬化是一种特定性地针对中枢神经系统白质、导致其脱髓鞘的自身免疫病。病因未清。

【诊断要点】

（一）急性、亚急性起病，多发于10～50岁，女多于男。

（二）中枢神经系统白质内（包括脑、脊髓、视神经）同时存在2个以上的病灶。

（三）有缓解与复发加剧交替发生，2次发作间隔至少1个月，每次持续24h以上；或呈缓慢进展方式，病程至少6个月以上。

（四）辅助检查：

1. 脑脊液琼脂凝胶电泳有少克隆IgG带或鞘内合成IgG增加。

2. 视、听和体感诱发电位显示异常。

3. CT和磁共振可发现脑或（和）脊髓的脱髓鞘病灶。

（五）排除肿瘤、中风、脑炎、神经性白塞病和颈椎病等。

【治疗】

（一）免疫抑制剂：

1. 激素：强的松15mg，4次/d，口服，共1周，然后逐渐减量，疗程共1个月；甲基强的松龙冲击疗法，1g，静脉注射，共3～5d。

2. 硫唑嘌呤：每日 2mg/kg 体重，长期治疗，平均 2 年。

(二)可试用干扰素、转移因子治疗。

(三)支持疗法：维生素 B 族、ATP、辅酶 A、神经生长因子等。

(四)对症处理：对痉挛者给予氯丙氮丁酸；对痛性强直痉挛发作、三叉神经痛、痛性感觉异常使用卡马西平；对意向性震颤给予心得安；对尿急、尿频可给予普鲁苯辛、山莨菪碱等；有脑水肿者给予脱水剂。

(五)合理安排生活：急性发作或复发期，应卧床休息，以利缓解。平时忌长期卧床，以免导致身心 2 个方面的慢性伤残，反之应鼓励患者在力所能及的范围内照常活动。预防感冒和其他感染，轻微的体温升高就可使病情恶化，故应及时处理发热。

重症肌无力

重症肌无力是一种神经 肌肉接头传递障碍的自体免疫性疾病。主要特征为部分或全身肌肉易于疲劳无力，稍经休息或用抗胆碱脂酶药后可减轻，常伴胸腺增生或胸腺肿瘤、红斑狼疮和甲状腺功能亢进等。

【诊断要点】

(一)临床特点：

1. 病肌的易疲劳性：受累的横纹肌稍加活动即感疲乏无力，稍经休息又可改善。

2. 症状的波动性：每日的症状波动表现为晨轻晚重。整个病程也有波动，病程早期(3 年内)，常见自发缓解和复发，亦有恶化。晚期较严重，虽经休息也不能恢复。部分肌肉可萎缩。

(二)临床类型：按年龄和病肌分布可分为：

1. 新生儿型重症肌无力：因病母的乙酰胆碱受体抗体进入胎儿，而使新生儿产生症状，出生时即呈呼吸和吸吮困难，哭声轻微，全身软弱，经救治 1 周至数月可痊愈。

2. 儿童型重症肌无力：以眼外肌受累者较多，双睑下垂或交替出现，眼球活动受限，个别可累及全身。

3. 成人型重症肌无力：

(1)局限型：以眼外肌、咀嚼肌、延髓支配的肌肉受累多见，也可出现于颈肌和肩带肌。

(2)全身型：累及全身横纹肌，包括呼吸肌。起病缓慢，进行性加重，也可中途缓解。少数起病迅速，数天至数周内出现延髓支配的肌肉（尤其咽喉部肌肉）和呼吸肌无力，而出现排痰不畅和呼吸困难，称暴发型。

（三）危象：呼吸无力以致不能维持换气功能者称危象。分以下3种：

1. 肌无力危象：为本病症状恶化的表现。感染、精神刺激、分娩或应用某些药物（如氨基糖甙类抗生素）均可促发。静脉注射腾西龙2～10mg可缓解。

2. 胆碱能危象：为使用抗胆碱脂酶药过量所致，症状类似有机磷中毒表现，如瞳孔缩小、出汗、唾液增多等。

3. 反拗危象：在服抗胆碱脂酶药物过程中，患者突然出现对药物不起疗效反应。此见于严重全身型者，感染、术后、分娩等可促发。

（四）辅助检查：

1. 疲劳试验：让患者病肌反复持续收缩，在短时间内出现瘫痪，休息后即恢复者为阳性。

2. 药物试验：腾西龙2mg，静脉注射，20s后如无反应，亦无出汗、唾液增加等，则用30s时间缓慢加给8mg，1min内症状暂好转为阳性；或甲基硫酸新斯的明0.5～1mg肌肉注射，15～30min后症状好转为阳性。

3. 电刺激试验：对支配病肌的神经施予连续的超阈值的刺激后，动作电位幅度递减超过10%以上者为阳性。

4. 血清乙酰胆碱受体抗体测定：阳性者支持诊断。

【治疗】

（一）避免症状加重的各种因素，如过劳、情绪波动、各种感染、应用影响神经－肌肉传递的药物，如氨基糖甙类抗生素、奎宁、奎尼丁、利多卡因、巴比妥类、安定、氯丙嗪、麻醉药等。

（二）药物治疗：

1. 抗胆碱脂酶药：吡啶斯的明30～240mg，口服，每4h 1次（睡眠不用）。肌注10mg相当于口服约300mg；溴化新斯的明7.5～60mg，每3h 1次（睡眠不服），口服。此类药物多与激素合用，只有对激素有反指征者，才单独应用。

2. 肾上腺皮质激素：可单独应用或与抗胆碱脂酶药合用。

（1）大剂量递减疗法：强的松80～100mg，隔日口服，显效后渐减量，

直至隔日 10～30mg 维持量。

(2)小剂量递增疗法：强的松 20mg，隔日服，每周递增 10mg，直至隔日 100mg 或已取得明显疗效。以后处理同前。

(三)危象的处理：呼吸道要维持通畅，勤吸痰。对肌无力危象先肌注新斯的明或吡啶斯的明，然后逐渐改为口服；对胆碱能危象应立即停用抗胆碱脂酶药，并静脉注射阿托品；对反拗危象，应暂停抗胆碱脂酶药，施行气管切开、人工呼吸、静脉补液，以及维持水、电解质平衡等。

(四)手术和放射治疗：对胸腺肿瘤者做肿瘤切除术，对无胸腺肿瘤者可胸腺切除或(和)放射治疗。术前放射治疗可减轻手术的危险。

(五)血浆交换疗法：采用选择性血浆分离法，将患者血浆内的免疫球蛋白、循环免疫复合物等清除后，再行输入。

(六)中医治疗：

1．邪热灼肺：肌肉痿软无力，皮肤干燥，心烦口渴，小便赤涩，舌红、苔薄黄，脉细数。治法：清热养肺润燥。方药：清燥救肺汤减当归加知母、麻黄。

2．湿热浸淫：参见周期性麻痹。

3．脾胃虚弱：肌肉软弱无力(眼肌明显)，纳呆，神疲，便溏，舌淡、苔白，脉缓。治法：健脾益气。方药：补中益气汤加麻黄、葛根。

4．脾肾阳虚：周身肌肉无力，步履全废，畏寒腰酸，舌胖，脉沉细弱。治法：温补脾肾。方药：右归丸加锁阳、巴戟天、紫河车、麻黄。

5．肝肾亏虚：胫膝痿软，不能久立、腰脊软弱、咽干、头昏目眩，舌红，脉细数。治法：补益肝肾。方药：大补地黄丸加牛膝、木瓜、龟版、鹿角胶，减玄参、黄柏。

(七)针灸治疗：

1．体针：取中脘、气海、脾俞、胃俞、血海、三阴交、足三里。上睑下垂加阳辅、申脉；咀嚼无力加下关、颊车、合谷；发音不清加哑门、廉泉。

2．灸法：取上述体穴，行艾条温和灸。

3．耳针：眼、皮质下、脾、肝、肾、内分泌。

4．穴位注射：曲池、外关、合谷、风市、血海、足三里、阴陵泉、阳陵泉、三阴交。用维生素 B_1 或维生素 B_{12} 注射液，每次选 2～3 穴，每穴注入 1ml，1 次/d。

（八）气功疗法：参见肺结核治疗。

（九）单验方：制乌前子。开始每日量为0.47g，肌力即有所增加。用量渐加至1g/d或1.25g/d时，肌力接近正常水平。长期服用可保持肌力的强度。

周期性瘫痪

周期性瘫痪是以反复发作的骨骼肌无力为特征的疾病。根据发病时血清钾的水平，可分为低钾性、高钾性和正常钾性3型。国内以低钾型多见，故本节以此型叙述为主。

【诊断要点】

（一）青年起病，男多于女，可有反复发作的肢体瘫痪史。

（二）诱发因素：饱餐、剧烈运动、寒冷和情绪波动。

（三）起病方式：急性起病，多在夜间发病，晨起感双下肢或四肢无力，数小时内达高峰。

（四）受累肌肉：典型病例为双下肢近端大肌群无力，渐向远端蔓延。可能顿挫于此，亦可向上波及腹肌和上肢，一般不累及颈以下肌肉。个别可累及呼吸肌或出现心律失常而危及生命。一般这些症状持续几小时或数天，恢复后不留任何症状。

（五）体征：受累肌肉肌张力降低，腱反射减弱或消失，病理征阴性。

（六）辅助检查：

1．钾测定：一般血清钾轻度降低，尿钾则明显减少。

2．心电图：呈低钾性改变，如T波低、平坦或倒置，U波出现，S－T段下降、P－R、QRS和QT时间延长。

【防治】

（一）预防：避免前述诱因，忌摄入大量糖类和大量液体，宜用低钠高钾饮食。发作频繁者，可用乙酰唑胺125～250mg，3次/d；安体舒通100mg/d，口服。

（二）发作时的治疗：口服氯化钾片5～15g，或每小时服10%氯化钾溶液30ml，直至肌力恢复后，适当减量。除非重症患者，一般不需静脉输液补钾，病情严重时，可用5%甘露醇为稀释液静脉补钾。避免使用葡萄糖或盐水稀释，因二者均能使血钾进一步降低。

(三)中医治疗：

1. 湿热浸淫：肢体痿软、困重无力，下肢尤甚，胸脘痞闷，纳差，尿黄、苔黄腻，脉濡数。治法：清热化湿。方药：三妙丸加木瓜、秦艽、蚕砂、丹参、赤芍、土茯苓、防风、白芷。

2. 脾胃虚弱：肢体痿软，下肢尤甚，少气懒言，神疲纳呆，便溏，舌淡、苔白，脉细缓。治法：健脾益气。方药：六君子汤加黄芪、白芷、防风、丹参、木瓜、大枣。

3. 脾肾阳虚：参见重症肌无力脾肾两虚。

4. 肝肾阴虚：四肢软瘫，头昏目眩，五心烦热，健忘失眠，舌红、少苔，脉细数。治法：滋补肝肾，养血柔筋。方药：左归丸加防风、白芷、葛根。

(四)针刺治疗：取大椎、肩井、肩俞、曲池、合谷、环跳、足三里、太冲、伏兔，用强刺激法。有电针时最好以频率 100～200 次/min、1.5mA 强度，通电 15min。

(五)单验方：防风、白芷各 10g，丹参 30g。水煎服，1 剂/d，连服 15d。

进行性肌营养不良

进行性肌营养不良是一组由遗传因素所致的肌肉变性疾病，表现为不同分布、不同程度和不同进行速度的骨骼肌无力和萎缩，也可累及心肌。

【诊断要点】

(一)缓慢发病，进行性加重，多在儿童、青少年发病，常有家族遗传史。

(二)临床表现为肢体近端的肌萎缩和无力，可呈现翼状肩胛、肌病面容，可伴假肥大，步态呈鸭行状。无肌肉压痛。Gowers 征阳性。

(三)辅助检查：尿肌酸增加而肌酐减少，血清肌酸磷酸激酶和乳酸脱氢酶等增高，血和尿肌红蛋白增高。

肌电图和肌肉活检可进一步帮助诊断。

【治疗】

(一)支持疗法：

1. 高蛋白、多维生素饮食。

2. 胰岛素葡萄糖疗法：每 6～8g 葡萄糖加 1u 普通胰岛素静脉点滴；

或空腹皮下注射普通胰岛素，第1～5d，4u/d，第6～15d，8u/d；第16～25d，12u/d，第26～30d，16u/d，30d为1疗程，每次注射后15min口服葡萄糖100g。亦可于饭前15min注射，则不必服葡萄糖。若有效，2～3月后可重复进行1个疗程。

（二）苯丙酸诺龙、ATP、维生素E、加兰他敏也可试用。

（三）尽可能维持日常活动，适当的体育锻炼，配合按摩、理疗与被动活动，以减少挛缩。

颅内高压综合征

颅内高压综合征又称颅内压增高，多数是颅内占位病变或脑组织肿胀引起颅内容积与颅内容物之间平衡失调的结果，使脑脊液压力超过正常。临床表现以头痛、呕吐和视神经乳头水肿为主。严重者有意识障碍，常因脑疝综合征和呼吸抑制而死亡。

【诊断要点】

（一）急性或亚急性、慢性起病，症状为头痛、呕吐，晚期可有视力减退。

（二）视神经乳头水肿。

（三）可有外展神经麻痹、复视、意识障碍、脉搏缓慢、血压升高、呼吸节律改变等。重症可导致脑疝而死亡。

（四）腰穿脑脊液压力（卧位）在2.0kPa（180mmH_2O）以上（注意有脑疝先兆者禁做腰穿）。

（五）颅骨X线平片可见鞍背、后床突脱钙，儿童尚可见脑回压迹增加，颅缝分离等。

（六）病因有颅内占位病变（肿瘤、血肿、脓肿、肉芽肿、囊肿等）、颅内炎症、急生脑血管病、颅脑外伤、某些全身疾病（一氧化碳中毒、酒精中毒、有机磷中毒、糖尿病性昏迷、肾性脑病、肝性脑病、肺性脑病等）。CT、磁共振等检查，有利于病因诊断。

【治疗】

（一）降低颅内压：

1．脱水治疗：

（1）高渗性脱水剂：

1)20%甘露醇250ml,静脉滴注,30min内滴完,每4～6h 1次。对脑疝先兆,可用20%甘露醇60ml,必要时加入地塞米松5mg做病灶侧颈动脉缓慢注射(20～30min),并加大定时静脉应用高渗性脱水剂的剂量。参考神经外科脑疝部分。

2)10%甘油500ml/d,以100～150ml/h的速度静脉输入。

(2)强利尿剂:常与高渗性脱水剂合用。

1)速尿20～40mg,2～4次/d,静脉注射;250mg加于500ml林格液中静滴,1h内滴完,用于脑疝先兆者。

2)利尿酸钠25～50mg,加入5%～10%葡萄糖溶液20ml中缓慢静注,1～6次/d。

(3)肾上腺皮质激素:

1)地塞米松10～20mg/d,静脉滴注或肌注。

2)氢化可的松100～300mg/d,加入葡萄糖盐水中静脉滴注。

(4)血清白蛋白或干血浆有一定的脱水作用,必要时可选用。

2.减少脑脊液量:

(1)碳酸酐酶抑制剂:如醋氮酰胺(乙酰唑胺)250mg,3次/d,口服。可抑制脑脊液分泌。

(2)有脑脊液循环梗阻者,做脑室穿刺引流。

3.减少脑血流量:对重症伴有躁动、发热、抽搐者,采用冬眠降温治疗,也可头部冷敷或戴冰帽,以降低头部温度而减少脑血流和脑耗氧量。

4.颅内压监护:有条件者可用颅内压监护仪监护,有利于及时抢救和指导脱水剂的应用。

(二)一般处理:

1.密切注意意识、瞳孔、血压、呼吸、脉搏,以便对病情的估计。

2.限制液体入量,成人液体摄入量为1 500～2 000ml/d。对意识障碍者记出入水量,避免入量大于出量。并注意及时纠正水、电解质和酸碱平衡失调。

(三)病因治疗:对颅内占位病变做手术切除;对炎症用抗生素等治疗;对某些全身疾病做相应处理。

精神分裂症

精神分裂症是一种原因不明，以基本个性改变、思维、情感和行为的分裂，精神活动脱离现实环境（即“精神分裂”现象）为主要临床特征的精神病。

【诊断要点】

（一）症状学标准：确定无疑有下述症状中至少2项，如症状的存在可疑或不典型，则至少需3项：

1. 思维联想和逻辑障碍：思维松弛、破裂性思维、逻辑倒错性思维、病理性象征性思维或思维内容贫乏。

2. 妄想：原发性妄想，妄想知觉，妄想具有荒谬、离奇、脱离现实、不系统、不固定的性质。

3. 情感障碍：情感淡漠、情感倒错或痴笑。

4. 幻听：评论性幻听、争议性幻听或思维鸣响。

5. 行为障碍：紧张症状群、作态或幼稚愚蠢行为。

6. 被控制体验。

7. 内心被揭露体验（被洞悉感）或思维播散。

8. 思想插入、思想被夺或思维中断。

（二）严重程度标准：疾病的严重程度需符合以下3点：

1. 与现实不能保持恰当的接触或不能客观地评价环境事物。

2. 社会的适应能力下降，包括社交、日常生活、工作和学习能力。

3. 自知力不全或丧失。

（三）病程标准：全部病程至少3个月以上，其中包括“精神病期”至少1个月。“精神病期”指符合症状学标准和严重程度标准2条者。在此期以前仅有轻度精神障碍（不符合前2条者）称“前驱期”。只有“前驱期”，不论多长，不能确定为精神分裂症。

（四）患者一般意识清楚，无智能障碍。一般体检和神经系统检查，无特殊阳性体征。

（五）排除标准：应排除情感性精神障碍、脑器质性精神障碍、反应性精神障碍和偏执性精神障碍等。

【治疗】

(一)药物治疗：

1. 急性期治疗：药物剂量应个别化，均应以较小剂量控制精神症状为原则。具体用药方法，此以氯丙嗪详述，供用其他药参考。

(1)氯丙嗪：具有明显的镇静、控制兴奋、抗幻觉和抗妄想作用。以小剂量开始，用 25～50mg，2～3 次/d，以后渐增剂量，隔日每次增加 25～50mg，一般 10d 至 2 周达到治疗剂量 300～400mg/d，疗程 2～3 个月，待症状控制后逐渐减量。为了控制复发，在病情缓解后，仍以小剂量维持，睡前 1 次服，需 2～3 年或更长。严重肝肾疾病和昏迷者禁用，有心血管疾病的老人和体衰者慎用。

(2)奋乃静：作用同氯丙嗪，而镇静作用和对心血管、肝脏及造血系统的副作用较氯丙嗪轻，适于老年和体质条件较差者，治疗剂量 40～60mg/d。

(3)三氟拉嗪和氟奋乃静：作用基本同氯丙嗪，但无镇静作用，而具有兴奋激活作用，适于行为退缩、情感淡漠者。治疗剂量三氟拉嗪 10～60mg/d，氟奋乃静 6～30mg/d。它们的锥体外系副作用较明显。

(4)氟哌啶醇：能迅速控制急性兴奋，对慢性病例也有较好的疗效。治疗剂量 6～40mg/d。

(5)泰尔登：控制焦虑抑郁、调整情绪的作用较氯丙嗪强，抗幻觉和妄想作用不如氯丙嗪，治疗剂量为 300～400mg/d。

(6)氯氮平：镇静作用强，对兴奋、躁动、妄想、幻觉和慢性症状者均有一定的疗效。治疗剂量为 100－400mg/d。

(7)长效制剂：适用于巩固疗效、预防复发的维持治疗或有明显精神症状而拒绝服药或有藏药企图者。

1)氟奋乃静癸酸酯 12.5～50mg/次，每 2～3 周肌肉注射 1 次。

2)氟哌啶醇癸酸酯(安度利可)25～100mg/次，每月肌肉注射 1 次。

2. 慢性期治疗：70%～80% 的患者有慢性化趋势。在急性期治疗后，宜药物维持治疗。用药量为治疗量的 2/3～1/4，但应根据病情、患者的反应做调整，不宜千篇一律、一成不变，但也不应频繁变动。若维持治疗时间较长，可用长效制剂。

3. 合并用药问题，原则上尽量用一种药物，有时可将长效制剂和短

效制剂联用。当患者有抑郁症状时，可合并用抗抑郁药物。

(二)胰岛素休克和电休克：胰岛素休克适于急性期精神分裂症和药物治疗不敏感的患者。电休克治疗适木僵、抑郁和急性兴奋躁动的患者。

(三)心理治疗：虽然本病的发生具有生物学基础，但社会心理因素的各种刺激，对本病的发生、发展、病程和预后亦具有影响，因此必须重视及时解除社会和家庭环境中的各种精神刺激，创造对患者精神康复有利的环境和生活，如与患者交谈，了解患者的内心活动，然后针对患者的具体心理矛盾进行解释、劝慰、鼓励、支持、保证和指导，帮助患者进行必要的环境调整等，引导患者分析发病的主、客观原因，认识自己个性的缺陷，解决防治问题。

(四)中医治疗：

1. 痰火内扰：急躁易怒，头痛失眠，面红目赤，不避亲疏，毁物伤人，不食不眠，便秘，舌质红绛、苔黄厚腻，脉滑数有力。治法：清泻肝火，涤痰镇心。方药：泻心汤兑服礞石滚痰丸。

2. 痰气郁结：精神抑郁，沉默痴呆，喃喃独语，语无伦次，不思饮食，舌苔白腻，脉弦滑。治法：疏肝解郁、化痰开窍。方药：顺气导痰汤加减。

3. 气滞血瘀：神志痴呆，喜怒无常，骂詈叫号，夜不能睡，甚至毁物伤人，面色黯滞，舌紫、少苔，舌下静脉曲张瘀血，脉沉涩。治法：理气解郁，活血化瘀。方药：癫狂梦醒汤加大黄、红花、丹参、郁金。

4. 心脾两虚：精神恍惚，善悲欲哭，懒散困乏、面色无华，纳呆，舌淡嫩、苔薄，脉细无力。治法：健脾益心，养心安神。方药：养心汤减肉桂，加郁金。

5. 火盛伤阴：狂病日久，其势渐减，精神疲惫，多急善惊，时而烦躁，紧张不眠，形瘦面红，五心烦热，舌红、少苔，脉细数。治法：滋阴降火，安神定志。方药：二阴煎加全瓜蒌、胆星、郁金、丹参。

(五)针灸治疗：

1. 体针：肝俞、脾俞、丰隆、心俞、神门、大陵、膻中，用平补平泻法。适用于癫证；水沟、百会、大陵、风府、曲池、劳宫、丰隆、中脘，用泻法。适用于狂证；若躁狂，取督脉穴位为主，如大椎、强间、人中等，用泻法；若为抑郁，取任脉穴位为主，如巨阙、膻中、中脘、百会等，用补法；若为妄想，取神庭、神门、三阴交等，用补法。1 次/d，20d 为 1 疗程。

2. 灸法：狂证取百会、间使；癫证取大敦；幻觉取天窗、神门。每穴灸7～14壮，1次/d。

3. 耳针：取肾、神门、枕、心、胃。备用穴选皮质下、脑干、枕小神经。

4. 拔罐：取肝俞、大椎拔罐，配合三棱针点刺少商、人中，梅花针弹刺后颈、骶部、内关(均出血)。

5. 刺血：主穴：太阳、曲泽、委中。辅穴：阳交、丰隆。

6. 穴位注射：取心俞、膈俞、间使、足三里、三阴交。每次选1～2穴，用氯丙嗪注射液25～50mg，每穴注入0.5～1ml。1次/d。

(六)埋线疗法：取长强、大椎、身柱、埋入羊肠线。

(七)推拿疗法：

1. 患者坐位，医者以拇指点按心俞、肺俞、肝俞、胆俞，将患者仰卧位，施用推脾运胃法；点鸠捏里法，点按丰隆，施用梳胁开胸顺气法；施用掐点人中；施用一指托天法。适用于痰火内扰型。

2. 患者坐位，医者以双拇指点按心俞、肺俞、脾俞。嘱患者仰卧位，施用晨笼解罩法；施用揉拿手三阴法，点按内关、大陵、神门；施用提拿足三阳法，点按足三里、丰隆；施用一指托天法，点按人中。适用于痰气郁结型。

3. 患者坐位，医者以双拇指点按心俞、脾俞。嘱患者仰卧位，施用点鸠掐里法，点按丰隆；施用揉拿手三阴法，点按内关、劳宫、合谷；施用一指托天法，掐点人中。适用于心脾两虚型。

4. 患者坐位，医者以双拇指点按心俞。嘱患者仰卧位，施用揉拿手三阴法，点按阴郄、神门；施用提拿足三阴法，点按三阴交、太溪、涌泉。适用于火盛伤阴型。

(八)单验方：

1. 郁金210g、白矾90g，研末，米糊为丸。每服15g，日服3次。

2. 郁金30g、枯矾20g，焙干，共研末，每日早晨送服10g，1次/d。

(九)饮食疗法：

1. 猪心1个、朱砂6g，隔水炖熟吃。

2. 黄米饭合蜂蜜吃。

躁狂抑郁症

躁狂抑郁症简称躁郁症，是以显著情感过度高涨（躁狂相）和低落（抑郁相）为基本特征的精神障碍。病程经过为躁狂或抑郁循环发作（双相）或反复发作（单相），缓解期精神活动多保持正常。

【诊断要点】

（一）躁狂发作：

1．症状学标准：

（1）以情绪高涨和（或）易激惹为主要特征，且相对持久。

（2）首次发作者情绪障碍至少已持续2周（如症状严重到需住院或过去有肯定符合标准的躁狂症或抑郁症不受此限），且至少有下列症状中4项（若情绪仅为易激惹，则需有5项）：①言语比平时增多或滔滔不绝；②意念飘忽，思维奔逸；③注意力不集中，随境转移；④自我评价过高；⑤自我感觉良好：感到头脑灵活，身体特别强壮或精力充沛；⑥对睡眠的需要减少；⑦活动增多（包括工作、日常活动、社交及性行为方面）；⑧轻率任性，不顾后果。

2．严重程度标准：临床症状必须达到下列严重程度之一者：

（1）无法进行有效交谈。

（2）社会能力（指工作、学习、社交或家务能力）明显受损。

（3）需要立即治疗或住院。

（4）具有精神病性症状。

3．排除其他精神病，如精神分裂症、药物（如激素、异烟肼等）和毒物中毒、躯体器质性疾病等引起的躁狂症状。

（二）抑郁发作：

1．症状学标准：

（1）症状以心境抑郁为主要特征，且相对持久，但在1d内可有晨重晚轻的节律变化。

（2）首次发作者情绪障碍至少已持续2周（如症状严重到需立即治疗或住院者，或过去有肯定符合标准的躁狂或抑郁发作者不受此限），且至少具有下列症状的4项：①对日常生活丧失兴趣或无愉快感，性欲减退；②精力明显减弱，无原因的疲倦，软弱无力；③反复出现死亡念头或有自

杀企图或行为;④自责或内疚感;⑤思考能力或注意力减退;⑥精神运动迟钝或激越;⑦失眠、早醒或睡眠过多;⑧食欲不振、体重明显减轻。

2. 严重程度标准:临床症状必须达到下列严重程度之一者:

(1)社会能力明显受损。

(2)需立即治疗或住院。

(3)具有精神病性症状。

3. 排除反应性抑郁、药物作用、毒物中毒和躯体疾病(如甲状腺功能减退症、席汉病等)所致的抑郁状态、抑郁性神经症。

【治疗】

(一)躁狂症:

1. 药物治疗:

(1)碳酸锂:疗效肯定兼有抗抑郁作用,治疗剂量为0.8~1.5g/d,口服。维持量为0.4~0.8g/d。锂盐治疗剂量与中毒剂量比较接近,宜在住院条件下进行,尽可能测量血锂浓度,以调整剂量。

(2)氯丙嗪:治疗剂量为200~500mg/d,口服,症状较重者25~100mg,2~3次/d,肌注。急性躁狂者也可静脉点滴。

(3)氟哌啶醇:10~30mg/d,口服,症状重者5~10mg,2~3次/d,肌注。急性躁狂也可静脉点滴。

2. 电抽搐疗法:用于严重、急性躁狂者,可与药物合并应用。

(二)抑郁症:

1. 药物治疗:主要是三环抗抑郁药物,常用下列几种:

(1)丙咪嗪:适用于运动性抑郁较明显的抑郁症患者,50~200mg/d,分2~3次/d,口服,一般用药2~3周后方显疗效。症状控制后,继续用药3~4周,病情稳定后,可缓慢减量直至停药,老人尤其伴冠心病者慎用。

(2)阿咪替林:本药除抑郁作用外,还有镇静和抗焦虑作用,多用于伴焦虑的患者。50~150mg/d,口服。具体用法同丙咪嗪。

(3)多虑平:副作用较轻,作用和用法大致同阿米替林。

2. 电抽搐疗法:用于有严重自杀企图的抑郁症患者。

3. 维持治疗:患者痊愈后,抗抑郁药至少维持6个月,以后逐渐停药,并至少2个月复查1次,继续观察半年。如有过1次以上的发作,应

做预防性治疗，维持用药应在2年或2年以上，如表现正常，患者迫切要求停药，可进行中断治疗的尝试，但仍需定期复查。

4. 早期识别抑郁症的症状，以求得到早期治疗，减少患者的消极、自杀行为。

（三）中医治疗：

1. 躁狂发作：

（1）肝火内扰：情感高涨，易激惹发怒，妄想多语、躁动不安，喊闹不休，少寐、便秘尿赤，舌深红、苔黄燥，脉弦洪数。治法：泻肝降火。方药：当归龙荟丸加夜交藤、郁金、柴胡。

（2）肝胆郁热：情感活跃，易激动，善思多语，夸大、自负，手足善动，寐差，便秘尿黄，舌红、苔黄，脉弦数。治法：清肝泻热。方药：龙胆泻肝汤加大黄。

（3）火盛伤阴：参见精神分裂症。

2. 抑郁发作：

（1）肝郁脾虚：多愁善感，悲观厌世，唉声叹气，失眠多梦，两胁胀满，身倦纳呆，腹胀腹泻，舌淡红、苔薄白，脉弦细。治法：疏肝解郁，健脾安神。方药：逍遥散合甘麦大枣汤。

（2）肝血瘀滞：情绪抑郁，自悲自弃（有自杀企图或行为），心情烦躁，运动迟缓，面色晦黯，胁肋刺痛，舌质紫黯或有瘀点、苔白，脉沉弦。治法：疏肝化瘀，宁心安神。方药：血府逐瘀汤加郁金、菖蒲、远志。

（3）心脾两虚：参见精神分裂症。

（4）脾肾阳虚：精神萎靡，情绪低沉，心烦惊恐，心悸失眠，嗜卧少动，面色㿠白，舌淡胖，脉沉细无力。治法：健脾温肾，壮阳安神。方药：安肾丸加党参，减萆薢、石斛。

（四）针灸治疗：参见精神分裂症。

反应性精神障碍

反应性精神障碍又名心因性精神病，是指由于剧烈持久的精神紧张或精神创伤直接引起。本病临床表现的主要内容与精神创伤密切相关并伴有相应的体验，容易被人理解，致病原因一旦消失或引起发病的处境有了改变，给予适当治疗，精神状态即可恢复正常，预后良好，无人格上的缺

损。

【诊断要点】

(一)病前有强烈一过性或持续的精神刺激因素。

(二)有敏感、紧张、不稳定的人格素质。

(三)临床症状直接反映或重演精神创伤情境的内容：

1. 急性期反应：在遭到强烈精神刺激后的数分钟至数小时内起病。典型表现为意识恍惚，有意识障碍，累及精神活动的各个方面，如感知觉迟钝、情感淡漠、运动减少，或焦虑、惊恐、行为冲动。数天内恢复。

2. 延缓反应：从精神创伤至症状发生之间的潜伏期，历时数周至数月，病程波动迁延，症状以抑郁妄想为主。多数在1～6月内恢复。

(四)在精神刺激消除、适应能力改善或转换环境后，可迅速获得缓解。

(五)应排除癔症，精神分裂症，症状性、中毒性和脑器质性精神病。

【治疗】

(一)心理治疗：了解患者的精神刺激因素，针对性地劝说和疏导，合理解决心理矛盾，取得家属和单位的配合。

(二)环境治疗：设法脱离致病环境，消除与发病有关的因素。

(三)药物治疗：兴奋躁动者给予小剂量氯丙嗪或氟哌啶醇口服。严重者肌肉注射。对抑郁症状为主者，给予抗抑郁治疗。参考躁狂抑郁性精神病。

(四)保证营养和日常生活需要，注意安全，防自杀。

(五)中医治疗：

1. 暴怒伤肝、郁火妄动：与人反目，精神呆滞，两目直视，不说不动或突然呼叫，言语错乱。长时哭嚎，继而狂笑高歌，惊慌乱跑，舌红、苔薄，脉忽疾忽迟，忽大忽小。治法：平肝解郁，镇心宁神。方药：调神汤加珍珠母、琥珀。狂乱者加龙胆草、大黄。

2. 肝郁血虚，心神不安：敏感多疑，精神忧郁、幻视、幻觉，迫害妄想，入眠困难，癔疯而醒，情绪激动，胸闷烦躁，舌淡红、苔薄白，脉弦细。治法：养血安神、疏肝解郁。方药：补肝汤加白芍、大枣、莲子心、钩藤、丹参、五味子。

【预防】

原有精神发育迟滞、神经症、人格障碍者，易发生反应性精神病，应开展心理咨询，加强应付刺激和社会适应的能力，以预防复发。

更年期精神病

更年期精神病是指一组初次发病在更年期，临床表现为神经症症状或以情绪抑郁、焦虑、紧张、疑病和猜疑为主要症状，并伴有各种植物神经－内分泌功能障碍的一组精神病。

【诊断要点】

（一）发病年龄处于更年期（女45～55岁，男50～60岁），女性多见。

（二）精神症状和类型：

1．更年期综合征（神经症）：临床表现主要为内分泌和植物神经功能不稳定和类似神经衰弱等症状，如心悸、血压波动、阵发面部潮红、身体发冷发热、多汗、四肢发麻、胃肠功能紊乱；头痛、头晕、失眠、手抖、对声光刺激敏感、情绪不稳、易激惹、疲乏无力等。

2．更年期忧郁症：临床症状以焦虑抑郁、紧张不安的情绪障碍为主，表现为情绪忧郁、坐卧不宁、惶惶不安如大祸临头，可出现悲观、厌世、自责自罪伴全身不适，并有疑病、罪恶妄想、消极观念和自伤行为。

3．更年期偏执状态：以妄想为主要精神症状，常为持续固定的嫉妒妄想和被害、疑病妄想。常与现实环境关系密切，对象多是自己的亲属和熟悉者。可伴有幻觉，产生自伤、自杀行为。

（三）躯体症状以植物神经－内分泌功能失调为主，如月经不调、性功能减退、苍老、消瘦、白发等。

（四）起病缓慢，病程较长，可持续数月至数年。智能良好。

【治疗】

（一）心理治疗：向患者讲明疾病的性质，消除他们对健康的疑虑，增加对治疗的信心，认识自己的性格弱点，正确对待和处理客观环境中的矛盾和困难。

（二）药物治疗：

1．谷维素10～30mg，3次/d，口服。以调节植物神经。

2．安定2.5～5mg或舒乐安定1mg，3次/d，口服。以减轻焦虑。

3. 抗抑郁药物：参考抑郁症治疗。

4. 氯丙嗪、奋乃静等，以治疗妄想、幻觉。参考精神分裂症治疗。

(三)内分泌治疗：一般选用乙烯雌酚 0.25～0.5mg，每晚口服 1 次。男性可口服甲基睾丸素 5mg，1～2 次/d。一般 20d 为 1 疗程，可服用 2～3 个疗程。

(四)中医治疗：

1. 肾阴虚：头晕耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，口干便秘，月经先期或无定期，经色鲜红，舌红、少苔，脉细数。治法：滋养肾阴，佐以潜阳。方药：左归饮加减。

2. 肾阳虚：精神萎靡，形寒肢冷，纳呆便溏，经色暗有块，面浮肢肿，带下清稀，舌胖、苔薄白，脉沉细无力。治法：补肾扶阳，温中健脾。方药：右归丸加补骨脂、党参、白术、山药。

3. 肾阴阳两虚：时而恶寒，时而烘热，情绪不稳定，毛发脱落，性欲减退，血压升高，舌淡、苔薄，脉沉无力。治法：温肾养阴，调补冲任。方药：二仙汤合二至丸加减。

4. 心脾两虚：心悸乏力，头晕失眠，月经紊乱，量多，舌淡、苔薄，脉虚缓无力。治法：健脾益气、养心安神。方药：归脾汤加淫羊藿、仙茅。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取神门、内关、三阴交、大陵、关元、足三里。

2. 拔罐：取大椎、心俞、肝俞、气海；身柱、脾俞、肾俞。每次 1 组，每日或隔日 1 次。均用刺络留罐法。

(六)单验方：鸡胚胎(干燥粉)90g，紫河车、白术、枣仁、茯苓、猪脊髓粉各 60g，党参、天麻、陈皮各 45g，五味子 30g，麦冬 15g，甘草 10g。共研细末，炼蜜为丸，每次 12g，早晚开水送服。

周期性精神病

周期性精神病是一组精神症状呈周期性发作、间歇期完全正常的精神异常。多发生于青春期，绝大多数为女性，男性也可发病。

【诊断要点】

(一)青春发病，女性多见。

(二)每月 1 次，且与月经周期有关。同一患者，症状相同，以情绪异

常、兴奋和意识障碍为最常见。

(二)发病期往往伴植物神经 内分泌失调症状,如出汗、面潮红或苍白、多饮尿频、心率快等。

(四)症状消失后,精神活动完全恢复正常;重复发作,不引起人格改变。

【治疗】

(一)谷维素:10~30mg,3 次/d,需连续服 3~4 个月以上。

(二)孕激素避孕药:复方炔诺酮或复方甲地孕酮,于月经来潮后 3~5d 服用,每晚 1 片,连续 22d 为 1 周期。一般于第 2、3 周期症状开始减轻。

(三)甲状腺素:轻症每晚口服 60mg,重症 90mg,3 次/d。本药可单独应用,也可与黄体酮、避孕药联合应用。

(四)中医治疗:调经破瘀,方以小柴胡汤、加味逍遥散或达营汤为主,1 剂/d,30 剂为 1 疗程,可用 2~3 个疗程。

神 经 症

神经症又称神经官能症或精神神经症,是一组大脑功能失调的疾病总称。神经症包括神经衰弱、癔症、焦虑症、强迫症、恐怖症、疑病症、抑郁性神经症等。它们各自有其临床特点,但又有共同之点。共同点如下:

(一)起病常与心理因素或社会因素有关,患者的人格特征构成发病的基础。

(二)症状多样,表现在精神、神经或躯体等方面,但没有任何可证实的器质性病变基础。

(三)患者对自己的病有自知力,一般能主动求治。

(四)人格保持完整,适应现实社会能力良好,仍保持部分或全部社交、生活和工作的能力。

此仅介绍神经衰弱、癔症。

一、神经衰弱

神经衰弱是指由于长期的精神活动过度紧张,使大脑皮层的兴奋和抑制过程失调,精神活动能力减弱的神经官能症。主要表现为易于兴奋、易于疲劳、睡眠障碍、头痛等,常伴有各种躯体不适。病程迁延,症状时轻

时重。病情波动常与社会心理因素有关。

【诊断要点】

(一)存在导致脑功能活动过度紧张的社会心理因素。

(二)具有易感素质或性格特点,如胆怯、敏感、多疑、任性、急躁、依赖性强、缺乏信心、自制力差等。

(三)临床症状:易兴奋、易疲乏、头痛、睡眠障碍、继发性焦虑、伴有植物神经功能紊乱(心动过速、血压不稳、多汗、肢端发冷、厌食、便秘或腹泻、月经不调、遗精、早泄或阳痿等)。

(四)病程至少3个月,具有反复波动和迁延的特点。病情每次波动多与精神因素有关。

(五)全面体检,包括精神神经系统检查和必要的辅助检查,确能排除其他躯体疾病和早期精神病者。

【治疗】

(一)心理治疗:详细了解病史,根据不同情况对患者进行解释和引导,指出本病可以治愈,使患者正确对待病因和疾病,消除疑虑和紧张情绪。为防止症状波动,应合理安排作息制度,坚持锻炼身体,参加文娱活动,纠正不良性格。

(二)药物治疗:

1. 抗焦虑药:有减轻焦虑、松弛肌肉、镇静作用。常用安定2.5~5mg,3次/d,口服。利眠宁10~20mg,3次/d,口服。

2. 催眠药:硝基安定5~10mg、舒乐安定2mg、三唑仑0.25~0.5mg或安眠酮0.1~0.2g,睡前服。

3. 调节大脑兴奋与抑制的药物:咖啡因溴化钠合剂10~15ml,3次/d,口服。

(三)胰岛素低血糖疗法:适于睡眠障碍和情绪焦虑者。

(四)物理疗法:如平流电钙离子透入或共鸣火花、电按摩等,对头痛、头昏、失眠等有一定的疗效。

(五)中医治疗:

1. 阴虚阳亢:头晕,失眠,五心烦热,注意力不集中,腰背酸痛,口燥咽干,尿赤,舌红、苔少,脉细弦。治法:滋阴降火,平肝潜阳。方药:知柏地黄丸加龙齿、牡蛎、枣仁、五味子。

2. 心脾两虚：心悸气短，失眠多梦，健忘，食欲不振，倦怠乏力，舌淡、苔薄白，脉细弱。治法：补脾气，养心血。方药：归脾汤。

3. 心阴虚：心悸虚烦，失眠健忘，精神疲惫、反应力差，舌红、苔少，脉细数。治法：滋阴清热，补心安神。方药：天王补心丹。

4. 肾阳虚：面色㿠白，精神萎靡，形寒肢冷，腰痛腿软，舌淡胖、苔薄白，脉弱。治法：温补肾阳。方药：右归丸加枣仁、五味子。

(六)针灸治疗：

1. 体针：神门、内关、足三里、三阴交、安眠、心俞、合谷、太阳。

2. 拔罐：选大椎、肺俞、心俞、肝俞、脾俞、内关、足三里。用留罐法。

3. 耳针：皮质下、心、肾、内分泌、神门、交感。

4. 割治：第4、5掌骨间隙掌侧，无名指与小指根部联合下0.5cm处，两手交替，1次1周。

5. 穴位注射：心俞、巨阙(中脘上2寸)、肾俞。用当归注射液每穴注入0.5ml。每晚1次。

(七)药枕疗法：绿豆衣、橘叶、龙胆草、桑叶、地骨皮、菊花、草决明各150g，共研细末，装入枕心，做成药枕，睡眠用。

(八)单验方：

1. 龙眼肉、酸枣仁各9g，芡实15g。炖汤，睡前服。

2. 浮小麦30～120g、大枣15～30g、甘草6～15g，水煎40min服。

3. 五味子6g，茯苓、菟丝子各10g，水煎去渣，加蜂蜜。每日2～3次分服。

(九)饮食疗法：

1. 枸杞叶150～200g，猪心1个洗净切成小块，明火用花生油将枸杞叶和猪心同炒熟，加盐少许调味，佐膳。

2. 鸡心焙干为末，米酒送服，每服3g，日服3次。

3. 猪脑与鸡蛋调匀，炖熟，常服。

4. 鱼脑适量，与其他配料调匀，蒸为羹食。

5. 鸡胚胎粉90g，紫河车粉、白术、茯苓、枣仁、猪脊髓粉各60g，党参、陈皮各45g，五味子30g，麦冬15g，甘草10g，共研蜜丸，每服12g，早晚各1次。

6. 每日早晚各吃核桃2枚。

7. 生百合 60～90g、蜂蜜 1～2 匙，拌和蒸熟，睡前适量服。

二、癔症

癔症又称歇斯底里，是由于心理因素、暗示或自我暗示而引起的精神障碍。主要表现为急起的短暂的精神异常（如情感爆发、朦胧状态、假性痴呆、神游症、双重人格、神鬼附体等），躯体障碍（如感觉麻木、感觉过敏、痉挛发作、震颤、瘫痪、不语、失音、失明、耳聋和植物神经功能紊乱），这时躯体均没有相应的器质性损害基础，可用暗示疗法而使症状消失。

【诊断要点】

（一）常在精神刺激下突然起病。

（二）发病年龄多在 40 岁以前。

（三）具有癔症性格特点，如情感丰富但不稳定，易走极端，自我中心而炫耀自己，富于幻想且生动鲜明，容易接受暗示。

（四）临床表现具有癔症特征性，如躯体障碍多缺乏相应的体征，精神障碍则富于情感色彩或具有表演和夸张特点。暗示和自我暗示对症状体征的发生和消失有明显影响。

（五）既往可有类似发作。

（六）排除器质性疾病。

【治疗】

（一）心理治疗：医生与患者接触过程中，要关心、同情患者，建立良好的关系，询问病史和体检要认真仔细，取得患者和家属的信任。具体步骤如下：

1. 要让患者知道他所患的疾病是非器质性的，可以治愈，使其消除疑虑，稳定情绪，树立信心，配合治疗。

2. 引导患者认识病因，当谈到病因时，要让患者尽情疏泄，间或给予安慰，告诉患者精神因素和性格弱点在疾病发生中的作用。鼓励患者加强自我锻炼，促进身心健康。

（二）对症治疗：

1. 暗示疗法：

（1）觉醒状态下暗示：在应用药物或感应电刺激的同时，医生用坚定有力的语气嘱患者按医生的提示做功能训练。常用药物为 10% 葡萄糖酸钙 10ml，静脉缓慢注射；生理盐水或注射用水 1～2ml 在病变范围内皮

内或穴位注射。同时配合语言强化。

(2)催眠暗示:医生一般用语言催眠或2.5%硫喷妥钠做缓慢静脉注射,以诱导催眠状态,然后医生结合患者症状做语言暗示。

暗示疗法的成功与否,在于患者对医生高度的信任或迫切期待治愈的心情。

2. 药物治疗:对情感爆发、抽搐发作最好紧急处理,如氯丙嗪25～50mg,肌肉注射;安定10～20mg静脉注射,待安静后,口服安定5mg,3次/d。

(三)中医治疗:

1. 风痰闭窍:语言谵妄,哭笑不休,或惊恐不语,喉中痰鸣,呕吐白沫,四肢僵直,苔厚腻,脉滑数。治法:豁痰开窍。方药:涤痰汤加郁金、远志、白矾,减人参。

2. 肝气郁结:精神抑郁,神情痴呆,自感喉有异物,苔薄白,脉弦。治法:疏肝降逆,理气解郁。方药:越鞠丸合四七汤加郁金。

3. 忧郁伤神:精神恍惚,悲伤欲哭、呵欠频作,或心烦易怒、哭笑无常,舌红、苔少,脉细数。治法:养心安神。方药:甘麦大枣汤加柏子仁、枣仁、远志、茯神,丹参。

(四)针灸治疗:

1. 体针:以神门、百会为主穴。哭闹加内关、三阴交;昏厥加人中、中冲;痴呆加神门、间使;肢瘫加曲池、阳陵泉;抽搐加合谷、太冲;语言障碍加廉泉、通里;梅核气加天突、足三里;呕吐加中脘、足三里。

2. 灸法:甲组:哑门、内关、太冲、后溪;乙组:百会、合谷、神门、三阴交。2组交替施灸,每穴灸5～10壮。

3. 耳针:心、脑、缘中、下脚端、耳、神门以及相应部位。

4. 皮肤针:取头部督脉、四神聪、腰背部督脉、膀胱经,循经轻度叩刺,以皮肤发红为度。1次/d。

5. 拔罐:大椎、心俞、灵台、肝俞、身柱、神道、脾俞。每次取3～4穴。先针后留罐10min。

6. 穴位注射:

(1)参考体针穴位,每穴注射生理盐水或注射用水2～4ml。

(2)百会、人中、上廉泉、合谷、太溪。用"癔平"注射液[内含鲁米那

0.1g、安钠咖 0.5g(2ml)、0.5% 普鲁卡因 10ml]12ml,行穴位注射。1次/d,5次为1疗程。

(五)单验方:

1. 厚朴花 15g,煎水代茶饮。适用于梅核气。

2. 龙胆草 20g、五味子 12g,水煎,睡前服。适用于心烦失眠者。

脑器质性精神障碍

脑器质性精神障碍是指脑部有明显组织形态学病变所致的精神异常,并以此与所谓的功能性精神病相区别。其原因有颅内感染、脑外伤、脑肿瘤、脑血管病、脑寄生虫病、脑变性疾病、脑萎缩等。

【诊断要点】

(一)有脑器质性病变的证据(病史、体检和辅助检查阳性结果)。

(二)有脑器质性精神障碍综合征:

1. 急性脑病综合征:由脑部弥漫性、暂时病变引起,以意识障碍为主要特征,一般病情发展速度较快,病程较短暂,病变可逆,预后较好。主要病因为急性中毒、感染、代谢障碍、脑外伤、内分泌紊乱、营养及维生素缺乏。

2. 遗忘综合征:由脑器质性病变所致的一种选择性或局灶性认识功能障碍,以近事遗忘为主要特征,以酒精中毒为最常见,其他为脑外伤、脑血管性疾病、缺氧、一氧化碳中毒、脑炎、脑肿瘤等。

3. 慢性脑病综合征:又称痴呆综合征,表现为全面性智能衰退,包括记忆、思维、理解、计算等能力减退和人格改变,而不伴有意识障碍,多数不可逆,最常见的病因是神经系统退行性疾患,在老年期最为突出,其他为颅内占位病变、脑血管病、脑外伤和脑炎后期、代谢障碍、慢性中毒、缺氧和维生素缺乏等。

(三)严重程度,应符合下列标准之一:

1. 精神活动能力明显下降。

2. 社会活动能力下降。

【治疗】

(一)病因治疗:积极治疗原发性脑器质病变。

(二)支持疗法:

1. 补充营养。

2. 纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

3. 改善脑代谢的药物：谷氨酸 2g，3 次/d；γ- 酪氨酸 1g，3 次/d，口服；三磷酸腺苷 20mg、细胞色素 C 15mg 或胞二磷胆碱 250～500mg，静脉滴注或肌肉注射，1～2 次/d；脑活素 30mg，1 次/d，静脉滴注；脑复康 0.8～1.6g，3 次/d；脑复新 0.2g，3 次/d；喜得镇 1～2mg，3 次/d，口服。

（三）对症治疗：对有精神运动性兴奋、幻觉、妄想者，可酌情应用奋乃静 2～4mg，3 次/d；氟哌啶醇 2～4mg，3 次/d，口服。

症状性精神病

症状性精神病是指：①躯体疾病（如心、肝、肺、肾疾病，内分泌功能紊乱，代谢和营养障碍）；②感染；③中毒等。三者所致的精神障碍，统称为症状性精神病。因为这 3 组疾病的整个过程中所出现的精神症状是上述原发疾病临床表现的一部分。

【诊断要点】

（一）一般精神障碍的发病较急，且有明确躯体疾病、感染和中毒的症状和体征，以及相应的辅助检查阳性结果。

（二）最常见的精神异常在急性期以轻重不等的意识障碍为主，日昼轻夜重，波动性大。意识障碍消失后，常出现一过性遗忘。少数患者可出现暂时分裂、躁狂或抑郁症状群。慢性期可见神经衰弱综合征或性格改变。

（三）精神症状的发生与原发病的病情变化平行或继发于原发疾病之后，随原发疾病的变化而变化。

（四）排除其他精神疾病。

【治疗】

（一）原发疾病的治疗。

（二）针对不同精神症状对症治疗。

感染所致的精神障碍

感染所致的精神障碍是指由于急性感染疾病所致的精神异常，如流感、肺炎、中毒性痢疾、败血症、肠伤寒、恶性疟疾等引起的精神异常。

【诊断要点】

(一)现病史中有明显的感染证据,且精神障碍发生在躯体感染的后期或恶化期。

(二)感染性精神障碍的表现以意识障碍为主,其中谵妄状态多见,症状随躯体疾病的变化而变化。常见有下述综合征:

1. 急性脑病综合征:主要表现为不同程度的意识障碍,以谵妄状态最常见。

2. 精神病状态:在意识障碍不明显的情况下,出现类似精神分裂症、躁狂抑郁症的表现。

3. 慢性脑病综合征:在严重感染后,出现人格和行为的变化。

(三)辅助检查:

1. 急性期白细胞总数和中性粒细胞增高。

2. 细菌培养或病毒免疫学检查可发现相应的阳性结果。

(四)排除其他精神疾病。

【治疗】

(一)病因治疗:控制感染,即针对不同的病原体,采用相应的抗感染治疗。抗感染药物要早用、足量、用药时间充分。

(二)降温:有高热者用冰水或酒精擦浴,头颅带冰帽或冷敷,冰水灌肠。必要时使用退热药。

(三)支持疗法:注意补充水分、电解质和营养,并给予促进脑代谢的药物。

(四)精神症状的对症治疗:躁动、兴奋者可给予奋乃静 2～4mg,3 次/d;氟哌啶醇 2～4mg,3 次/d,口服。严重者可用氟哌啶醇 5～10mg 肌肉注射。

(五)护理:防止患者冲动造成自伤、伤人。昏迷者要防止褥疮和其他并发症的出现。

中毒所致的精神障碍

中毒所致的精神障碍是指有毒物质经过各种途径进入人体引起中枢神经系统功能失调而产生的精神异常。常见有工业中毒、农药中毒、医用药物中毒、嗜好物(如酒精等)和食物中毒引起的精神障碍。

【诊断要点】

(一)有与毒物接触或中毒的病史,体检有相应中毒的体征。

(二)急性中毒者有不同程度的意识障碍,谵妄状态者较多。慢性中毒者有神经衰弱综合征,如头昏、头痛、疲乏、健忘、情绪不稳、注意力不集中、记忆减退、工作能力下降、睡眠障碍等,后期可有人格改变和智能障碍。

(三)实验室检查有相应中毒的阳性结果。

(四)排除其他精神疾病。

【治疗】

(一)病因治疗:消除造成中毒的因素或脱离现场,清除进入机体的毒物,如洗胃、导泻或清洗皮肤,并进行药物解毒治疗。

(二)保持呼吸道通畅,吸氧,必要时人工呼吸。

(三)及时处理循环衰竭。

(四)支持疗法和对症处理同感染性精神障碍。

躯体疾病所致的精神障碍

躯体疾病所致的精神障碍是指各脏器(如心、肝、肺、肾)疾病,内分泌功能紊乱、代谢和营养障碍、结缔组织病等引起的继发性精神异常,如肺性脑病、肝性脑病、心源性脑病、肾性脑病、甲状腺功能亢进和垂体前叶功能减退所致的精神障碍等。

【诊断要点】

(一)有躯体疾病的病史和体征,且精神障碍出现于躯体疾病的急性期或严重阶段。

(二)有躯体疾病所致的精神障碍:

1. 意识障碍:如嗜睡、昏睡、意识模糊、定向力障碍、不同程度的昏迷等。

2. 精神障碍:持续1周以上的幻觉或妄想,紧张性运动兴奋与紧张性木僵,类似精神分裂的症状或情感障碍显著。

3. 神经症综合征:有病程至少1个月以上的神经官能症症状存在。

(三)辅助检查可找到相应的躯体疾病的阳性结果。

(四)排除其他精神疾病。

【治疗】

(一)病因治疗:治疗原发的各种躯体疾病是治疗本病的关键。

(二)支持疗法:参考脑器质性精神障碍。

(三)对症治疗:

1. 对情绪不稳或神经综合征者,给安定2.5mg,3次/d;利眠宁10~20mg,3次/d。口服。

2. 对有幻觉、妄想及精神运动性兴奋者,酌情使用小剂量抗精神病药物,如奋乃静2~4mg,3次/d;氟哌啶醇2~4mg,3次/d,口服。对兴奋躁动服药困难的患者,可临时用氟哌啶醇5~10mg,1~2次/d,肌肉注射。

精神发育迟滞

精神发育迟滞是指在出生前至出生后的发育阶段(18岁前),由于遗传因素、环境因素或社会心理因素等各种原因所引起,临床以智力低下和社会适应能力缺陷为主要特征的一组疾病。可同时伴有某种躯体和精神疾病,又称精神发育不全。

【诊断要点】

(一)起病于18岁以前。

(二)智能低下,智商在70以下。

(三)有不同程度的社会适应困难,包括语言发育迟缓,社交、个人生活自理、学习能力和社会适应能力均有不同程度的缺陷。

(四)不具有一般疾病的病程特点,属于延续性,且无缓解。

(五)排除婴儿孤独症、儿童精神分裂症、器质性脑病、多动综合征等疾病。

【治疗】

治疗本病的基本原则是早期发现,早期治疗和照管训练。

(一)病因治疗:尽可能找出引起本病的原因,如代谢障碍、营养缺乏、感染中毒等生物学因素,及时进行病因治疗,以防病情发展,促进康复。

(二)促进脑细胞功能治疗:可选用多种氨基酸、脑复康、γ-酪氨酸、叶酸、脑氨肽、脑复新、猪脑粉、珠层粉等口服;乙酰谷酰胺100mg,1次/d,肌肉注射,30次为1疗程;也可用神经生长因子肌肉注射或脑活素

静注或肌注。

（三）对症治疗：对兴奋躁动、有冲动攻击行为的患者，可应用适当的抗精神病药，如氯丙嗪 25～50mg，3 次/d，口服；氟哌啶醇 2～4mg，3 次/d，口服。也可口服卡马西平、碳酸锂等。对伴有癫痫者，应及时进行抗癫痫治疗，如苯妥英钠 0.1g，3 次/d，口服；苯巴比妥 30mg，3 次/d，口服。

（四）照管训练：此应作为主要治疗。目的是充分挖掘和发挥脑部保存的功能，并应用合适的刺激来促进大脑皮质神经原细胞的生长发育。训练开始得越早越好，方式应多种多样，由简单到复杂，从培养生活照管和卫生习惯做起，并注意患者的安全。

第四章　外　　科

第一节　普通外科

灭菌与消毒法

灭菌法是指彻底消灭物品上所附着的一切微生物(包括芽胞),以防止接触感染的各种措施。通常为物理方法,如高压蒸汽灭菌等。

消毒法亦称抗菌术,是指消灭附着在皮肤、伤口、空气和某些器械物品上的致病微生物的一些措施,一般不能消灭芽胞,通常采用化学方法。

外科无菌术,包括运用灭菌和消毒方法,制定严格的操作规程和管理制度,以保证外科手术和各种诊疗操作不受外源性感染。

(一)高压蒸气灭菌法:可杀灭一切微生物和芽胞。消毒器械、玻璃、布类时,压力应在 103～138kPa,温度高达 121～126℃,维持时间为 15～30min;消毒橡胶、药液时,压力在 69～103kPa,温度可达 115～121℃,维持 15min 即可。

(二)蒸笼灭菌法:温度接近 100℃,不能杀灭芽胞,只在无高压灭菌器时消毒布类。时间是水沸后 1～2h,消毒后将原包晒干或烘干。

(三)煮沸法:适用于金属、搪瓷、玻璃和橡胶类。在 100℃沸水中,20min 可杀灭非芽胞菌,有芽胞细菌需煮 1～2h;在水中加入碳酸氢钠,使成2%溶液,沸点提高至 105℃,可提高灭菌效果,灭菌时间可缩短 10min,并可防止金属器械生锈。

(四)药液浸泡消毒法:多用于锐利器械等,不适于热力灭菌的器械。

1. 70%酒精:浸泡 30min。

2. 0.1%～0.2%新洁尔灭:浸泡 30min。

3. 器械消毒液:浸泡 15min。

(五)熏蒸法：常用甲醛、环氧乙烷、过氧乙酸、乳酸等消毒空间或器械用品。

切口愈合的记录

(一)切口分类：

1. Ⅰ类切口(无菌切口)，如甲状腺手术、单纯性疝修补术、闭合性骨折切开复位及开颅术等。

2. Ⅱ类切口(可能污染切口)，如胃大部切除术、阑尾切除术、术前已行肠道准备的结肠和直肠手术、胆囊切除术、肺切除术、阴囊及会阴手术，重新切开新近愈合的切口、6h 以内的创伤口及经过初期外科处理而缝合的切口。

3. Ⅲ类切口(污染切口)，如十二指肠穿孔缝合术、阑尾穿孔腹膜炎手术、绞窄疝手术、结核性脓肿或窦道切除缝合的切口，以及与通过口腔的手术切口等。

(二)切口愈合分级：

1. 甲级：愈合良好，没有不良反应的初期愈合。

2. 乙级：愈合欠佳，愈合处有炎症反应或积液、血肿等，但未化脓，记录时可在"乙"字后加括弧注明。

3. 丙级：切口化脓，需要敞开切口或切开引流者。

手术后，应将切口愈合情况记录在病程记录和出院卡片上。如甲状腺部分切除术后，切口愈合良好，无炎症反应，则记以Ⅰ甲；胃大部切除术切口有积液，则记以Ⅱ乙(积液)；疝修补术后切口化脓，则记以Ⅰ丙；胃穿孔腹膜炎但切口愈合良好，则记以Ⅲ甲。

术前准备和术后处理

(一)术前准备：急诊手术，要在最短的时间内完成必要的准备；限期手术(如各种癌症、幽门梗阻)，不能过久拖延，应尽早手术，术前准备既要全面又要有重点；择期手术，应在充分准备后，在最佳时间进行手术。

1. 术前一般准备：

(1)全面检查或复查必要的化验及特殊检查，明确诊断与手术适应证。

(2)解除患者思想顾虑，取得患者配合，增强对手术治疗的信心。

(3)矫正患者营养状况，水、电解质平衡，补充必要的液体、电解质和全血，胃肠道手术患者术前2～3d应进流质或半流质。

(4)结、直肠手术，术前应肠道准备，选用链霉素、新霉素、灭滴灵等3～5d，并给维生素K口服。

(5)手术时间较长的大手术或有感染灶手术，术前1周应开始应用抗生素。

(6)特殊手术应做好特殊器械、物品及设备的准备。

2．术前1d准备：

(1)开好手术医嘱，核实配血情况。

(2)手术区皮肤准备。

(3)胃肠道及大手术前，应用肥皂水灌肠，结肠、直肠手术应清洁灌肠。

(4)术前1d晚应给镇静安眠药。

(5)术前详细复查手术准备工作，患者如有发热、女患者有月经来潮均应推迟手术。

3．手术日准备：

(1)术前30min，注射麻醉前用药。

(2)胃肠手术及腹部大手术，应插胃管。

(3)进手术室前解小便排空膀胱，大手术应留置尿管。

(4)准备好病历及各种特殊检查结果、X光片，随患者带进手术室。

(二)术后处理：主要目的是尽可能减轻患者痛苦，监测防治各种并发症的发生，使术后患者顺利康复。

1．一般手术，将患者送回病室；较大或危重手术，应先进监护室。

2．全麻患者未清醒前，去枕平卧，头偏向一侧，防止呕吐物吸入呼吸道；硬膜外或腰麻患者，开始须平卧，6h后按病情需要决定体位。

3．测血压、脉搏、呼吸并做记录。

4．保持各种引流管、胃肠减压管、胃肠道造瘘管通畅，并记录引流物性质、数量和变化。

5．饮食：一般手术麻醉反应消失后即可进食，腹部手术如无肠道损伤，术后1～2d肠蠕动恢复后可先进流质；如有肠切除、造瘘减压等，应禁

食 3 - 4d，待肠功能恢复、停止胃肠减压后再进流质。

7. 切口护理：无菌切口不必每日更换敷料，如切口渗血、渗液或污染切口有引流者，需每日更换敷料。橡皮片引流，一般在术后 24 - 48h 拔除；乳胶管引流，根据引流量的多少而决定拔除时间。

8. 拆线：一般头部切口术后 5 - 6d；面颈部术后 4 - 5d；下腹部、会阴部术后 6 - 7d，上腹部、背部、臀部术后 7 - 8d；四肢、关节周围术后 10 - 12d；腹部减张缝线 12 - 14d；全身情况差或有合并症者，应适当延迟拆线。

9. 术后早期活动：腹部手术，如无禁忌，一般术后 2 - 3d 应鼓励患者下床或在床上活动，以防止腹胀或肠粘连。呼吸道分泌物多的患者，应多翻身、拍背，协助排痰以防肺部感染；肥胖患者，应多活动四肢，防止静脉血栓形成。

疖与疖病

疖是一个毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓性感染，常扩展到皮下组织。致病菌大多为金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌。多发疖称为疖病。

【诊断要点】

（一）开始为红、肿、痛的硬结，逐渐扩大，顶部出现脓头，最后变软，脓液排出，愈合。

（二）一般无全身症状。若发生于口鼻三角区者，或并发颅内感染时，常伴有全身中毒症状。

【治疗】

（一）早期涂 2% 碘酒。也可用鱼石脂软膏。

（二）有脓头者，消毒后，用镊子夹去脓头，以利引流。若引流不畅，可切开引流。

（三）对口、鼻三角区的疖，严禁挤压，以防止扩散，引起败血症或引起颅内海绵状静脉窦炎。

（四）有全身症状者，可服用抗生素或中药。

（五）中医治疗：散在性疖肿可外用金黄散或拔毒膏（成药）。火毒炽盛疖肿，用五味消毒饮合黄连解毒汤加虎杖、板蓝根。热毒成脓疖肿，用托里排脓汤减人参、肉桂。小儿暑疖，用清暑汤加佩兰、白菊花、大黄、黄

芩、车前草。多发性疖病或某一疖肿反复发生，轻者用防风通圣散；重者用仙方活命饮。

痈

痈是多个相邻的毛囊及其所属皮脂腺或汗腺的急性化脓性感染，或由多个疖融合而成。致病菌为金黄色葡萄球菌。

【诊断要点】

（ ）多发于皮肤韧厚处，如项、肩、背部。

（二）初起时，红肿部位张力大，疼痛明显。

（三）皮肤呈紫红色，发热，有多个黄白色脓头，呈蜂窝状。

（三）脓头之间皮肤有坏死，中央溃烂。

（五）常有明显全身症状，如高热、寒战。

（六）好发于糖尿病患者。

【治疗】

（一）全身治疗：使用抗生素。

（二）局部治疗：早期，可用50%硫酸镁或高渗盐水湿敷。脓肿形成，要及时彻底切开，清除坏死组织。

（二）治疗糖尿病。

（四）中医治疗：实证用仙方活命饮加外治（鹅倍散用米醋调成糊状，摊纱垫上敷于患处）；虚证用托里消毒散加鹅倍散外敷。

（五）单验方：

1. 鲜马齿苋30g，青黛3g。捣烂加蜂蜜调外敷患处。

2. 七叶一枝花、半枝莲、半边莲各30g。捣烂外敷患处。

3. 鲜紫花地丁、蒲公英、野菊花各30g。水煎服。

4. 十大功劳叶、茎或根100g，苦参100g。煎水，温洗患处，2－3次/d。

急性蜂窝组织炎

急性蜂窝组织炎，是皮下、筋膜下、肌间隙或深部蜂窝组织的一种急性弥漫性化脓性感染。致病菌主要是溶血性链球菌，其次为金黄色葡萄球菌。

【诊断要点】

(一)是皮下组织的弥漫性化脓性炎症。

(二)局部有红、肿、热、痛、边界不清。

(三)容易发生坏死,形成脓肿。

(四)全身症状明显。

【治疗】

(一)抗炎药物治疗。

(二)及时处理皮肤小伤口,预防感染。一旦脓肿形成要切开引流。

(三)中医治疗:

1. 毒热蕴结,脉络阻滞(初期):治法:清热解毒,凉血活络。方药:仙方活命饮合黄连解毒汤。外用金黄散或芙蓉膏外敷。

2. 毒热壅盛(成脓期):治法:清热解毒,活血托脓。方药:四妙勇安汤合透脓散加白芷、连翘、虎杖,减黄芪。

3. 脓肿破溃,气血不足(溃脓期):治法:益气养血,养阴生肌。方药:内补黄芪汤。外治:用八二丹或九一丹提腐引流,待脓尽后用生肌散合生肌玉红膏敷贴。

4. 盘颈痰毒:喉结处红肿绕喉,根脚散漫,坚硬灼热疼痛,来势猛烈,肿致两颈。并发喉风,汤水难下,壮热口渴,头痛颈强,便秘尿赤,舌绛、苔黄腻,脉洪数,治法:清热解毒,散风化痰。方药:普济消毒饮加石膏、生地、大黄。气喘者,加竹沥、竺黄;痉厥者,加安宫牛黄丸;成脓者加山甲珠、皂角刺。外治:同前。

(四)针刺:主穴取委中、尺泽;配穴取大椎、曲池。

(五)贴敷:冰片、芒硝,按1:10的比例混匀研末,用时将药末适量撒在纱布上贴敷患处,胶布固定,2~3d换1次。

(六)熏洗疗法:海桐皮、姜黄、汉防己、当归尾、红药、苍术、黄柏、晚蚕砂各12g,煎汤,趁热熏洗患处,后用毛巾湿敷,2次/d,每剂用2d。

丹　毒

丹毒是皮肤及网状淋巴管的急性炎症,由β溶血性链球菌从皮肤粘膜的细小伤口处入侵所致。丹毒蔓延很快,很少有组织坏死或化脓。

【诊断要点】

(一)常发生在面部和下肢,炎症在皮肤或粘膜的网状淋巴管,不化脓。

(二)局部皮肤红、肿、稍隆起,分界明显,有灼热感和疼痛。

(三)有明显的全身症状,突然发冷、高热、头痛和全身不适。

【治疗】

(一)全身使用抗生素。

(二)局部可使用湿敷或理疗。

(三)对症治疗。

(四)中医治疗:

1. 风热化火:病发头面部,治法:散风清火,解毒凉血。方药:普济消毒饮加蝉蜕、地龙。

2. 肝胆湿热:病发腰胯肋下,治法:清肝泄热,解毒利湿。方药:龙胆泻肝汤加丹皮、赤芍、紫草、虎杖。

3. 湿热下注:病发下肢,治宜清利下焦湿热。方药:三妙散合萆薢渗湿汤加金银花、连翘、赤芍、土茯苓。下肢丹毒,日久形成大脚风(象皮腿)者,加黄芪、甲珠、皂刺、贝母、天花粉。

4. 胎火胎毒:病发初生儿,病情凶险。治法:清营凉血解毒。方药:犀角地黄汤合黄连解毒汤。

5. 毒邪内攻:发病迅速,势如燎原,神昏谵语,头痛呕恶,舌绛、苔黄,脉洪数,治宜凉营解毒,清心开窍。方药:清瘟败毒饮加大黄,兑服安宫牛黄丸。

(五)针灸治疗:

1. 体针:以曲池、血海、委中、阿是穴为主。丹毒发于面部,加大椎、合谷;发于下肢,加阴陵泉、三阴交、解溪。用泻法,阿是穴点刺出血。

2. 拔罐:病在头面部取大椎、身柱、新设、肩外俞及病变周围的健康皮肤处拔吸。病在下肢取三焦俞、大肠俞、环跳、次髎及病变周围的健康皮肤处拔吸。

3. 耳针:取神门、皮质下、肾上腺、枕。

4. 刺血:以阴陵泉为主,配阳交、委中、三阴交、针刺出血。

5. 贴敷:

(1)蚯蚓泥适量，加水调匀，湿敷患处。

(2)芒硝、大黄末各 5g，用新汲水调拌，敷患处。

(3)败酱草或马齿苋煎水，冷敷患处。

(六)单验方：

1．大蒜 1 大把，煮水半桶，将患肢放入木桶内，趁热先熏(外盖棉被)后温洗。每晚熏洗 1 次，每次 20～30min。

2．紫苏叶、葱白、鲜凤仙花带茎叶各 100g，煎水熏洗。

3．侧柏叶、鲜樟树叶、松针各 60g，生姜 30g，切碎煎煮取水熏洗，1～2 次/d。

急性淋巴管炎

致病菌从损伤破裂的皮肤或粘膜侵入或从其他感染性病灶，如疖、足癣等处侵入，经组织的淋巴间隙进入淋巴管内，引起淋巴管及其周围的急性炎症，称为急性淋巴管炎。

【诊断要点】

(一)常有原发病灶，多见于四肢。

(二)感染近侧出现"红线"，并向近心端延伸，可到引流区域淋巴结。皮肤潮红，沿"红线"处肿胀，压痛、较硬，蔓延迅速。

(三)可有发冷、发热、全身乏力、肢体疼痛及头痛等全身症状。

【治疗】

(一)治疗原发的感染灶。

(二)局部湿热敷、理疗等。

(三)全身应用抗生素至急性炎症消退。

(四)中医及其他治疗，见急性蜂窝组织炎。

髂窝脓肿

髂窝脓肿是髂淋巴结及其周围的疏松结缔组织发生感染脓液向后穿破髂腰筋膜所致，下肢损伤后感染或会阴髂窝附近脏器感染均易引起，致病菌多为金黄色葡萄球菌，以农村儿童占多数。

【诊断要点】

(一)有身体某部位损伤及感染史。

（二）发病急骤，有寒战、高热、食欲不振、乏力等症状，局部疼痛，但无放射痛。

（三）腹股沟韧带上方可触及硬性肿块，触痛，但波动不明显，髋关节呈屈曲牵缩。

（四）肿块局部穿刺，可抽出脓液。

（五）应与急性化脓性髋关节炎相鉴别，髋关节各个方向活动均受限，大转子叩痛明显、髋关节X线片，可见髋关节囊肿胀，可行髋关节穿刺检查。

【治疗】

（一）全身应用抗生素。

（二）早期局部热敷、理疗。

（三）脓肿形成后切开引流。

（四）中医及其他治疗，见急性蜂窝组织炎。

甲沟炎

指甲的近侧（甲根）与皮肤紧密相连，皮肤沿指甲两侧向远端伸延，形成甲沟。甲沟炎是甲沟及其周围组织的感染。致病菌多为金黄色葡萄球菌。

【诊断要点】

（一）常有刺伤或逆剥损伤史。

（二）指甲一侧或两侧近端红肿、疼痛或见黄色脓液。

（三）严重者可有全身症状。

【治疗】

（一）早期局部热敷、理疗。

（二）脓肿形成，于甲沟处做纵形切开引流，必要时拔除部分或整个指甲。

（三）可酌情全身应用抗生素。

脓性指头炎

脓性指头炎是手指末节掌面的皮下组织化脓性感染，多由刺伤引起，致病菌多为金黄色葡萄球菌。

【诊断要点】

(一)患者多有局部轻微损伤史。

(二)手指末节掌侧肿胀,俗称"蛇头疔",伴胀痛或剧烈跳痛,下垂时加重,指头掌侧红肿,发硬及明显压痛。化脓后波动感多不明显,容易发展成指骨骨髓炎。

(三)可有发热、寒战等全身症状。

【治疗】

(一)早期局部热敷、理疗。

(二)全身应用抗生素。

(三)早期切开引流,在远端指节的侧面做纵形切口,切口引流减压,必要时做对口引流。如有死骨,应予取出。切口内放置橡皮条引流。

急性化脓性腱鞘炎

手的掌面腱鞘炎多因深部刺伤感染后引起,亦可由附近组织感染蔓延而发生。致病菌多为金黄色葡萄球菌。手指伸指肌腱鞘的感染少见。

【诊断要点】

(一)有手指损伤或感染史。

(二)整个患指明显肿胀,皮肤红肿,状似腊肠,皮温升高,剧痛,沿腱鞘压痛明显。

(三)手指呈屈曲位,主动或被动伸指活动可引起剧痛。

(四)严重者,可出现全身症状。

(五)炎症扩散可引起手掌筋膜间隙感染和滑囊炎。

【治疗】

(一)全身应用抗生素。

(二)局部热敷、理疗,患手抬高、制动。

(三)早期切开引流,切口在手指侧面。尺侧滑囊炎可沿小鱼际桡侧切开;桡侧滑囊炎沿大鱼际尺侧缘切开,腱鞘和滑囊不放引流,引流条可置于皮下组织内。

手掌筋膜间隙感染

掌中间隙感染多是中指和无名指的腱鞘炎蔓延而引起;鱼际间隙感

染则因示指腱鞘感染后引起，也可因直接刺伤而发生感染。致病菌多为金黄色葡萄球菌。

【诊断要点】

(一)有手部损伤和手指化脓性腱鞘炎病史。

(二)掌中间隙感染，手掌掌凹消失或稍隆起，局部紧张发硬、压痛明显。手背明显肿胀，第3～5指呈半屈位，被动伸直时剧痛。

鱼际间隙感染，大鱼际部肿大、隆起，虎口肿胀增大，拇指外展略屈，食指半屈曲位，局部压痛明显。

(三)可出现毒血症症状，严重者可发生败血症。

【治疗】

(一)使用抗生素。

(二)凡局部红肿压痛明显者，表示已有化脓，应及早切开引流。

气性坏疽

气性坏疽是由梭状芽胞杆菌所引起的一种严重的急性特异性感染。主要发生在肌肉组织广泛损伤的患者，大量的组织坏死和外毒素的吸收，可引起严重的毒血症。

【诊断要点】

(一)潜伏期：一般为1～4d。最早的症状是体温突然升高，可达40℃左右，呼吸、脉搏加快，烦躁不安，并有恶心、呕吐。随病情的发展，全身中毒情况严重，血压下降，贫血加重，出现黄疸。最后神志不清，进入昏迷状态。

(二)受累部分明显肿胀，有"胀裂样"疼痛，按压时创口周围有血性浑浊液流出，伴有气泡，气体内含有硫化氢，故有特殊臭味。创口内的肌肉呈紫红色或土灰色，失去弹性。刀割时，不收缩、不出血。创口周围皮肤呈灰白色、棕黄色或紫铜色。由于组织含气，触之有捻发感。

(三)X线摄片检查：伤口肌群间有气体存在。

(四)涂片检查：凡遇有四肢、臀部循环欠佳，即应取深部肌层的脓液做涂片检查。若发现革兰阳性杆菌多而白细胞少，即可诊断，应及时治疗。

(五)需与芽胞菌性、厌氧性、链球菌性和大肠杆菌性蜂窝组织炎相鉴

别.

【治疗】

本病发展迅速,治疗需及时而正确,就地隔离治疗,无特殊情况不转送,以免延误治疗时机。

(一)手术治疗:

1. 一经诊断确立,立即手术,做多个长切口,切开深筋膜,解除张力,暴露肌肉,敞开创口,不做缝合。

2. 对坏死变色肌肉、异物和碎骨片,应彻底清除。

3. 用大量3%双氧水或1:5 000高锰酸钾溶液冲洗或湿敷伤口;或在伤口内放1根多孔的橡皮管,通入氧气,消除缺氧环境。

对于伤肢已坏死并有严重毒血症状者,为了保全性命,可考虑截肢。

(二)抗生素治疗:青霉素是有效的抗生素,但用量要大,每日可达1 000万u;或用四环素2g/d加在葡萄糖液中滴注。

(三)支持疗法:给富有蛋白和维生素饮食,注意水、电解质的补充及多次小量输血,可纠正贫血,提高全身抵抗力。

(四)抗毒血清治疗:注射多价气性坏疽抗毒血清,对减少全身中毒症状有一定的疗效。一般首次剂量3万--5万u,肌肉或静脉注射,以后每日注射5 000~10 000u,注射前应做过敏试验。

(五)高压氧治疗:有条件者可采用此法,以降低截肢率。

(六)中医治疗:湿热火毒,溃疡肉腐(烂疔),症同前述。舌红绛、苔黄腻而干,脉洪滑数。治法:凉血解毒,清热利湿。方药:水牛角地黄汤合黄连解毒汤及三妙丸。合并疔疮走黄加安宫牛黄丸;外用玉露膏或金黄膏:皮色紫黑加掺蟾蜍合剂或五五丹;腐肉与正常皮肉分界明显者,改掺5%~10%蟾蜍合剂或七三丹,应撒在腐肉与正常皮肉交界处,并以上述药膏外敷;腐肉脱落时,用红油膏掺生肌散或白玉膏外敷。

血管瘤

由扩张增生的血管组织形成的良性肿瘤,称血管瘤。分为毛细血管瘤、海绵状血管瘤和蔓状血管瘤,很多在出生时即可出现。

一、毛细血管瘤

由毛细血管聚集成丛或真皮内毛细血管扩张而成。局限性毛细血管

瘤，称草莓痣；广泛毛细血管瘤，称葡萄酒色斑痣。

【诊断要点】

（一）草莓痣多见于面部、头皮和颈部，常隆起于皮肤表面，鲜红色或紫红色，呈现许多小叶，如“草莓”状。直径从数毫米到2～3cm，边界清楚，压迫局部色泽无变化。有的在5岁以内可能自行消退。

（二）葡萄酒色斑痣好发于面颈部，躯干和四肢亦可发生，呈鲜红色或紫红色，斑联成片状，其中有散在的出血丘疹。

【治疗】

（一）草莓痣，若无自行消退倾向，应进行治疗。二氧化碳或液氮冷冻疗法，激光或5%鱼肝油酸钠溶液注射治疗效果均好。

（二）葡萄酒色斑痣，尚无满意治疗方法，广泛手术切除和植皮影响美观。

二、海绵状血管瘤

由多数血管延伸、囊状扩张并汇集成团形成。多生长在皮下组织内，亦往往侵入深部肌肉组织。根据瘤组织侵犯的范围，分为局限性和弥漫性2类。

【诊断要点】

（一）多见于四肢和躯干，面颈部亦可发生。肝脏和胃肠道少见。

（二）病变部位有隆起不规则的包块，表面皮肤颜色正常或呈淡蓝色，包块边界不清，柔软如海绵状，有时挤压包块可暂时缩小，解除压力后包块立即充盈增大。

（三）肢体功能一般不受影响。弥漫性海绵状血管瘤，可侵及肌肉、骨骼和关节腔，以致影响肢体功能。

（四）有时血管内继发血栓形成，可产生疼痛，瘤内有结节。

【治疗】

（一）局限型海绵状血管瘤采用手术切除，效果较好。若血管瘤侵及肌肉组织，可以切除部分受累的肌肉，范围尽量小以免发生功能障碍，残留的血管瘤可用缝扎法或局部注射5%鱼肝油酸钠溶液。

（二）巨大的海绵状血管瘤治疗十分困难，手术不易彻底，容易复发。

三、蔓状血管瘤

由极度扩张、迂回盘曲血管形成，瘤体内的小动脉、小静脉互相沟通，

形成动静脉瘘。

【诊断要点】

(一)多见于成人,好发于头、面部和四肢。

(二)局部隆起,表面可见许多血管扩张,盘曲的血管汇集成群,可扪及震颤和搏动,局部皮肤温度增高,听诊可闻及血管杂音。

(三)瘤体内血液含氧量增高。

(四)头部蔓状血管瘤,可引起头痛、耳鸣,常可侵蚀颅骨进入颅内,并与脑膜血管相通。

(五)四肢蔓状血管瘤,可在肢体,指(趾)掌(跖)见到紫蓝色柔软的囊性肿块,有压缩性,具有震颤搏动血管杂音和使肢体增长等特点。

【治疗】

(一)头皮下蔓状血管瘤应早期手术切除。

(二)四肢蔓状血管瘤若范围广泛,应行动脉造影。了解供应血管瘤的主要动脉支,予以结扎,并切除肿瘤组织,可有一定疗效。

四、血管瘤的中医和其他治疗

(一)中药芩连二母丸合桃红四物汤。

外治:擦破出血不止,可用桃花散外敷,并加压包扎止血。

(二)单验方:

1. 绵羊脑子与朴硝等量调匀,贴于瘤子上,治小儿丹瘤。

2. 红花、生大黄、青木香、土鳖各 15g,川芎、制草乌各 10g,灵仙 30g,冰片 5g,巴豆 2g。将各药研细密封。用时取适量,用白醋和白酒(1∶2)调敷患处(小儿及皮肤过敏者,药量宜少,并改用蓖麻油或桐油调敷),每 2d 换药 1 次。药末干燥时,可用上述比例的醋酒湿润。疗程不限。

甲状腺腺瘤

甲状腺腺瘤是临床上常见的甲状腺良性肿瘤。病理上可分为滤泡状和乳头状囊性腺瘤。多为单发,有完整包膜。

【诊断要点】

(一)多见于 40 岁以下妇女。

(二)腺瘤生长缓慢,大部分患者无任何症状。囊性腺瘤伴出血时,腺体增大迅速,伴有局部胀痛。

(二)腺瘤多为单发,呈圆形或椭圆形,质较周围甲状腺组织稍硬,表面光滑,边界清楚,无压痛,随吞咽上下活动。

(四)同位素:^{131}碘甲状腺扫描常显示"温结节"。但如为囊肿亦可显示为"冷结节"。

【治疗】

手术切除。行患侧甲状腺次全切除(包括腺瘤在内)。如瘤体小,亦可做包括腺瘤周围 1cm 正常甲状腺组织的腺瘤切除。必要时标本送冰冻切片检查。

甲状腺癌

甲状腺癌多见于 40 岁以下妇女,部分患者系由甲状腺腺瘤或结节性甲状腺肿演变而来。病理分乳头状腺癌、滤泡状腺癌、未分化型癌 3 种。

【诊断要点】

(一)早期多无特殊症状,初期在甲状腺组织内有一质硬、不平结节,以后肿块增大较迅速,吞咽时肿块上下活动度减弱或消失,晚期压迫喉返神经、气管、食管,产生声嘶、呼吸困难、吞咽困难。如发生肺、骨骼转移,可出现上述器官的症状。

(二)颈部扪及肿大淋巴结。

(三)^{131}碘甲状腺扫描常显示"冷结节"。

(四)颈部摄片,肿块处有时可见钙化点。针吸细胞学检查、术中冰冻切片检查可帮助确诊。

(五)应与肿瘤囊性变或囊内出血、慢性甲状腺炎鉴别。

【治疗】

(一)乳头状癌:

1. 病变限于一侧叶,无颈部淋巴结转移者,切除患侧叶及峡部或加对侧叶大部切除。

2. 病变累及两侧腺叶,做全甲状腺切除。

3. 颈部淋巴结有转移,兼做同侧淋巴结清除。

4. 术后长期服用甲状腺素片,3 次/d,每次 30～60mg。

(二)滤泡状癌:

1. 早期手术治疗原则与乳头状癌相同。

2. 已有颈部淋巴结转移时，大多也已有远处转移，不必做淋巴结清扫，但可做全甲状腺切除，术后行放射性碘治疗。

3. 术后服用甲状腺素片。

（三）髓样癌：手术治疗原则与乳头状癌同，术后服用甲状腺素片。

（四）恶性程度高、发展迅速，较早出现远处转移，手术疗效不好者，确诊后做放疗。

（五）晚期腺瘤压迫气管致呼吸困难时，做气管前肿瘤局部切除，减轻痛苦，并服用甲状腺素片，暂时抑制肿瘤发展。

甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进（简称甲亢），可分为原发性、继发性和高功能腺瘤3类。继发性甲亢、高功能腺瘤和中度以上的原发性甲亢等适合于手术治疗。

【诊断要点】

（一）患者性情急躁、兴奋、多忧、怕热、出汗、心悸、失眠、食欲亢进、消瘦，女性常有月经失调。

（二）甲状腺呈弥漫性肿大，可有结节。甲状腺上极可有震颤及血管杂音。

（三）突眼，stellwas 征、Mobins 征、Von Graefe 征均可阳性。

（四）伸舌及双手颤动。

（五）脉率增快，伴有甲亢心脏病者，左心肥大，收缩期杂音或心律不齐、心房颤动等。

（六）特殊检查：

1. 基础代谢率（B.M.R）测定：公式法或测定器测定。常用公式为：

$$BMR\% = (\text{脉率} + \text{脉压}) - 111$$

BMR 正常为 ± 10%，增高至 + 20% ～ + 30%、+ 30% ～ + 60%、+ 60% 以上分别为轻、中、重甲亢。

2. 甲状腺^{131}碘试验：2h 摄取^{131}碘 > 25%、24h 摄取^{131}碘 > 50% 且高峰常提前。

3. 血浆蛋白结合碘（PBI）测定：正常值为 0.32～0.63μmol/L。

4. 血清三碘甲状腺原氨酸（T_3）测定：正常值为 1.5～3.4nmol/L。

5. 血清总甲状腺素含量(TT_4)测定：正常值为 65～156nmol/L。

6. T_3 抑制试验：正常抑制率＞50%。

【治疗】

(一)手术适应证：

1. 继发性甲亢或高功能腺瘤。

2. 中度以上的原发性甲亢。

3. 腺体较大，伴有压迫症状，或胸骨后甲状腺肿。

4. 抗甲状腺药物或^{131}碘治疗后症状不能完全控制或停药后复发者。

5. 妊娠早、中期具有上述特征者。

(二)术前准备：

1. 住院前，服硫脲类药物准备(硫氧嘧啶 100～200mg，3 次/d；他巴唑 10～20mg，3 次/d)一般不少于 2 个月，术前 2～3 周改服复方碘溶液，3 次/d，每次 5 滴，以后每日递增至每次 15 滴止，并维持到手术时。

2. 手术条件：患者病情稳定，睡眠好转，体重增加，脉率在 100 次/min 以下，BMR 为＋20% 以下，甲状腺缩小、发硬、震颤消失、杂音减轻。

3. 手术前测 BMR，喉镜检查声带，心电图，颈部透视或拍片，肝肾功能，血钙、磷等检查。

(三)术中注意点：

1. 腺体显露充分，勿损伤喉上神经、喉返神经及甲状旁腺。

2. 切除腺体 80%～90%，同时切除峡部。

3. 严格止血。手术野常规放置橡皮片引流 24～48h。

(四)术后处理：

1. 术后 24h 内，严密观察脉率、呼吸、体温、血压等变化。

2. 注意伤口渗血，患者床边备好气管切开包。

3. 继续服用复方碘溶液，3 次/d，每次 15 滴，每日递减 1 滴，至每次 5 滴为止。

4. 如发现口唇周围、手足麻木、抽搐，可能甲状旁腺损伤或血供受损，应查血钙，并予 10% 葡萄糖酸钙 10ml 静注，口服大量钙剂。

5. 甲亢危象多发生于术后 36h 内，有脉快、血压升高，高烧、烦躁不安、呕吐、腹泻、谵妄甚至昏迷。治疗应包括应用碘剂(复方碘溶液口服或静滴)、氢化可的松(200～400mg/d 静滴)、镇静剂，输液，降温，吸氧等措

施。

甲状舌骨囊肿

甲状舌管瘘是甲状舌管囊肿感染破溃形成，胎儿期甲状腺是由口底向颈部伸展的甲状舌管下端发育而成的。如甲状舌管退化不全，则在颈前正中线上形成先天性囊肿。

【诊断要点】

(一)多在5岁以前，也可在任何年龄出现。

(二)为颈中线处的圆形囊性包块，多在舌骨下方。

(二)随吞咽而活动，与皮肤不粘连，无症状。

(四)继发感染、破溃后，可形成瘘。

【治疗】

(一)有炎症时，抗炎治疗。

(二)手术切除。

颈部肿块

颈部肿块临床常见3种类型，即炎症、先天性疾病和肿瘤。

【诊断要点】

(一)病史：

1. 病程短，伴有全身和局部感染症状者，多属炎性肿块。恶性肿瘤病程短，但病变呈进行性发展。先天性畸形疾病多发生在儿童，病程长，可多年无变化。注意有无结核史、外伤炎症史，有无近期发生呼吸系或消化系疾病。

2. 有无气管和食管受压表现，如呼吸或吞咽困难；有无耳鼻咽喉疾患症状，如鼻塞、鼻出血、耳鸣等。

3. 曾接受哪些治疗、检查，结果如何。

(二)体检：

1. 颈部肿块形状、位置、大小、数目、硬度、移动度，可否随吞咽动作上下移动，有无搏动、震颤和杂音。

2. 肿块表面皮肤颜色，有无静脉扩张。

3. 肿块毗邻器官是否受压、受累。有无气管移位、声音嘶哑、饮水呛

咳，伸舌时包块有无移动，舌尖有无偏斜，有无霍纳综合征。

4．检查全身其他部位有无肿大淋巴结，肝脾是否肿大，是否为转移癌。

5．必要时应进一步检查：

(1)X线胸部检查：注意气管位置、胸骨后纵膈与肺部有无肿瘤阴影。

(2)诊断性穿刺：注意穿刺液的性质，涂片查脱落细胞及细菌培养。如疑问结核性脓肿，应行间接穿刺法，即进针经路须迂曲进入。

(3)局部活体组织检查。

【治疗】

(一)良性肿瘤可手术切除。

(二)早期恶性肿瘤者可行广泛切除。

(三)转移性肿瘤的治疗，应结合原发病灶与放射科共同处理。

急性乳腺炎及脓肿

急性乳腺炎是乳房的急性化脓性感染，几乎所有的患者都是产后哺乳的产妇，尤其是初产妇更为多见。致病菌以金黄色葡萄球菌为主。

【诊断要点】

(一)多发于初产妇授乳期。

(二)乳房肿胀、疼痛、轻度感染者或无明显肿块。重度感染者有寒战、发热、乳房肿胀明显，可有搏动性疼痛。皮肤红肿热痛，触及浸润性硬结伴压痛，同侧液窝淋巴结肿大，脓肿形成后，局部有波动感。

(三)炎症持续数天以上，经治疗局部仍有严重浸润，无明显波动，但有高热，应考虑深部脓肿的可能，可穿刺明确诊断。

(四)化验血：白细胞及分类增高。

【治疗】

(一)保持乳汁通畅，尽量吸尽乳汁，炎症范围广泛者可考虑回奶。

1．炒麦芽60g，水煎服，共3次。

2．乙烯雌酚5mg，3次/d，共3d。

3．局部可外敷皮硝。

(二)早期局部冷敷，以减轻充血及减少乳汁分泌；浸润期热敷以促进炎症局限。可用鱼石脂软膏等，亦可用50%硫酸镁湿敷。

(三)选用有效抗生素治疗。

(四)切开引流:已形成脓肿者,应及时切开引流。若患者全身症状严重、局部明显肿胀者,即使未发现脓肿亦应及时切开引流,引流应通畅,多发脓肿存在时,须将脓与腔之间的间隔打开。

(五)中医治疗:

1. 乳痈郁乳期:治法:疏肝清胃,通乳散结。方药:瓜蒌牛蒡汤加七叶一枝花、夏枯草、天葵子、浦公英。外治:用葱头 150g,煎汤热敷,再用玉露膏或金黄膏外敷。

2. 酿脓期:治法:清热解毒,通乳透脓。方药:上方加甲珠、皂刺、归尾、赤芍。

3. 溃破期:治法:调理气血,清除热邪。方药:四妙勇安汤加柴胡、陈皮、香附、丹参、川芎、白芍。外用:九一丹、八二丹药线或凡士林纱布引流,外敷金黄膏或红油膏;脓尽,可用生肌散、白玉膏。

(六)针灸治疗:

1. 体针:膻中、期门、肩井、内关、足三里。并用艾条灸阿是穴(肿块)。

2. 耳针:乳腺、内分泌、肾上腺、胸、皮质下。

3. 皮肤针:取背部督脉、胸颈部经脉和阳明经以及乳房四周。

4. 拔罐:取肺俞、身柱、心俞、膻中、胸乡、乳根。

5. 刺血:患侧曲泽刺血。

(七)单验方:

1. 葱白 1 根、生南星 1g,共捣烂为丸,用药棉包裹。用时浸冷开水后填塞对侧鼻前庭。2 次/d,2d 为 1 疗程。

2. 鲜芫花根皮捣烂,搓成细长条塞入两鼻孔内(或左右交替),20min 左右,鼻内有热辣感时取出,1~2 次/d。适用于早期乳痈。

3. 公丁香研细末,以棉球包好塞鼻。

4. 熟牛蒡、青皮各 15g,蒲公英 30g。水煎服,1 剂/d。

5. 鹿角粉 10g,以陈黄酒送服,服后复被待汗。适用于乳痈早期。

(八)推拿排乳法:患者坐位,医者将患乳涂抹滑石粉或润滑油,用双手手指末节在患乳四周从乳房根部轻轻向乳头方向,直线滑摩数次,引起患者的泌乳反射,然后术者用左手拇、食指成"八"字形分开,托患乳下手

掌，用右拇、食指上下或左右相对，放在乳晕缘部，做按摩动作，速度为1～2次/s，排空积乳。适用于乳汁蓄积、乳痈早期。

慢性乳腺囊性增生病

本病也称慢性囊性乳腺病。它是乳腺间质的良性增生，增生可发生于腺管周围和腺管内伴乳管囊性扩张。另一类型是小叶实质增生。最常见于25～40岁之间的妇女。

【诊断要点】

（一）乳房部位的疼痛，程度不一，月经来潮前加重。

（二）乳房外形多正常，可扪及腺体增厚或结节，与周围组织分界不清，质韧、硬度较小，局部可有触痛，腋下淋巴结不肿大，偶尔可见从乳头内流出黄绿色、棕色或血性液体。

（三）X线钼靶摄片可协助诊断。

（四）乳房标本肉眼检查，乳房切面有多个由乳管和腺泡扩张形成的大小不一的囊肿，囊壁光滑，内有液体。

（五）针吸或切除送病检可确诊。

【治疗】

（一）症状局限者可手术切除。

（二）症状轻微者，可不做处理。

（三）病变广泛且有疼痛者可用逍遥散内服治疗。也可用男性激素。

（四）中医治疗：

1．肝郁气滞：症同前述。病情随情绪而变化。用逍遥散合二陈汤加川楝子、元胡。

2．肝郁化火：症同前述。伴体瘦，虚烦易怒，舌红、苔白，脉细弦数。多见于更年期妇女。用丹栀逍遥散合消瘰丸加夏枯草、青皮、陈皮、全瓜蒌、海藻、昆布。

3．冲任不调：症同前述。伴月经紊乱，腰酸神疲，心烦易怒，舌淡、苔白，脉濡。治法：调摄冲任，疏肝解郁。方药：二仙汤合逍遥散。

（五）针灸治疗：

1．体针：①屋翳、膻中、足三里；②肩井、天宗、肝俞。2组穴位交替使用。

2. 耳针：取神门、乳腺、内分泌。

(六)单验方：

1. 丹参、橘叶各15g，王不留行、川楝子、土鳖、皂刺各10g。水煎服，1剂/d。

2. 柴胡、郁金、丹参、天冬、仙灵脾、甘草。水煎服，1剂/d。

乳腺癌

乳腺癌是女性乳房最常见的恶性肿瘤，在我国占全身各种恶性肿瘤的7%～10%，在妇女仅次于子宫颈癌，但最近有超过子宫颈癌的倾向。

【诊断要点】

(一)肿块，多见于40～60岁的妇女，常无自觉症状，无意中发现乳房内有一肿块。肿块质较硬，无压痛，表面不光滑，边缘不清，不易被推动。肿块多位于乳房外上象限。

(二)皮肤改变：早期皮肤常无改变。到晚期呈橘皮样改变或酒窝征。有的皮肤溃破发生溃疡，呈菜花状或火山口状，有恶臭及接触出血。

(三)乳头改变：乳头凹陷或抬高。常由于肿瘤侵入库柏韧带而收缩所致。

(四)转移：

1. 淋巴结转移：腋窝淋巴结至同侧锁骨旁淋巴结至锁骨上淋巴结，可经胸导管或右淋巴导管入血运。晚期淋巴结肿大影响淋巴回流和压迫血管可引起上肢水肿。

2. 血运转移：可引起远处部位转移，椎骨、股骨、肺、肝脏等。

(五)活组织检查：难以确诊的乳房肿块，可行活体组织检查。

【治疗】

(一)手术治疗：

1. 种类及适应证：

(1)单纯乳房切除加腋窝淋巴结清除(改良式根治术)：适用于第1期乳癌。

(2)根治性切除：乳房整块切除，包括周围皮肤、皮下脂肪、胸大肌、胸小肌及其筋膜、腋窝和锁骨下脂肪及淋巴结。适用于第1期和第2期乳癌。

(3)扩大根治术：做根治切除的同时还切除乳房内侧部分胸壁，包括第2、3、4肋骨和胸廓内动静脉及淋巴结，适用于乳房内侧的第2期乳癌。

(4)姑息性手术：切除整个乳房，包括肿瘤组织，适用于第3期乳癌以及其他综合治疗。

2. 手术禁忌证：

(1)癌肿周围皮肤有卫星结节或广泛水肿者。

(2)癌肿与胸壁广泛粘连，且累及肋骨者。

(3)腋窝淋巴结融合成块，或与深部组织粘连压迫静脉引起上肢水肿者。

(4)锁骨上淋巴结有转移或远处有转移者。

(二)化疗：使用化疗过程中须每周检查白血球计数，血小板计数。白细胞低于3 500/mm^3停药或血小板低于7.5万/mm^3停药。

常用药物为噻替哌、氟尿嘧啶、丝裂霉素等，用法不一。

(三)内分泌治疗：

1. 两侧卵巢切除或X线照射用于绝经前或绝经后5年以内者。

2. 雄激素：用于绝经前患者，丙酸睾丸酮50～100mg肌注，1次/d，3～6d，对有骨转移伴有疼痛者效果良好。治疗期测定血钙，以防高血钙。

3. 雌激素：绝经5年以上者，口服乙烯雌酚5mg，3次/d服用。

4. 强的松：绝经后的患者，口服强的松10mg，3次/d，能使肾上腺萎缩，抑制雌激素的分泌。

(四)放射疗法：

1. 术前放射治疗，第3期乳癌术前照射可使肿瘤缩小，且可减少手术时扩散。

2. 术后放射治疗，作为根治术后的辅助治疗。晚期失去手术时机者，放射治疗可减轻疼痛。

(五)中医诊疗：

1. 情志内伤：症同前述。伴精神抑郁。用逍遥散加瓜蒌、海藻、山慈姑、黄药子、香附，兑服小金丹。

2. 冲任失调：用二仙汤加柴胡、白术、茯苓、全瓜蒌、海藻、黄药子、七叶一枝花、山慈姑、王不留行。

3. 肝肾阴虚：症同前述。伴为心烦热、腰腿酸痛。用一贯煎加山慈

姑、瓜蒌、七叶一枝花、郁金、半枝莲、白花蛇舌草、鳖甲。

4. 毒邪蕴结：乳头流血，肿块溃烂渗血水，舌红苔薄黄，脉弦数。治法：解毒攻毒，疏肝理气。方药：白花蛇舌草、鹿衔草、凤尾草、蜂房、七叶一枝花、蛇六谷、蒲公英、柴胡、橘叶、金铃子、青皮、生甘草。

5. 气血衰竭：癌肿晚期，患者衰竭。方药：香贝养营汤加黄芪、丹参、白花蛇舌草、凤尾草、鹿衔草、七叶一枝花。

腹股沟疝

腹股沟疝可分为腹股沟斜疝和腹股沟直疝2种。斜疝从位于腹壁下动脉外侧的腹股沟管内环突出，并可进入阴囊。直疝则从腹壁下动脉内侧的直疝三角区直接由后向前突出，不经过内环，也不进入阴囊。斜疝是最多见的腹外疝，腹股沟疝发生于男性者占大多数。

【诊断要点】

（一）注意患者有无咳嗽、便秘、排尿困难、妊娠及腹水病史。腹股沟部出现肿块，早期局部有轻度坠胀感。疝囊较大时，有沉重下垂感。斜疝发生嵌顿或绞窄后，有阵发性腹痛、恶心、呕吐，局部压痛明显。斜疝多见于儿童及青壮年，直疝多见于老年人。

（二）站立及咳嗽时腹股沟肿块隆起，平卧后自行消失。肿块质软，咳嗽时有冲击感。斜疝肿块可降入阴囊，呈梨形；直疝肿块不降入阴囊，呈半球形。平卧后手指压迫内环口（腹股沟韧带中点上方1.5cm）再站起并咳嗽，肿块不再出现者是斜疝。肿块立即出现者是直疝。难复性疝平卧时疝不消失。发生嵌顿或绞窄后，疝内容物不能还纳。

（三）应与睾丸鞘膜积液、交通性鞘膜积液、精索鞘膜积液、隐睾等相鉴别。嵌顿疝常被诊断为肠梗阻，而忽略了疝的存在，应特别注意。

【治疗】

（一）手术疗法，原则上是疝囊高位结扎和修补腹股沟管。术中注意勿损伤股动静脉。

手术修补方法，常用的有修补腹股沟管前壁的Ferguson法，适用于青少年；修补后壁的有Bassini及Mc Vay法，适用于青壮年；Halsted法，多适用于老年人或复发疝的修补。对于腹股沟管后壁严重缺损者，可加用阔筋膜、钽丝网、不锈钢丝网等材料填补缺损行疝成形术。

嵌顿疝或绞窄疝有肠坏死者，应予以切除做肠吻合。然后用上述手术方法修补。

(二)术后注意有无阴囊血肿。3个月内避免重体力劳动，治疗由于慢性咳嗽、便秘及前列腺疾患排尿困难等增加腹内压力而引起复发的原因。

(三)中医治疗：

1. 气滞：该病常因愤怒、号哭及过度用力而发作。治法：疏肝理气。方药：天台乌药散加柴胡、荔枝核、橘核，减巴豆。

2. 寒湿：结块在阴囊，肿硬而冷，牵引睾丸疼痛，苔白腻，脉沉紧。治法：疏肝理气，温化寒湿。方药：椒橘汤合天台乌药散加苍术，减巴豆。

3. 气虚：症同前述伴头晕乏力，有下坠感。治法：益气举陷。方药：补中益气汤加味。

(四)针灸治疗：

1. 体针：取大敦、气海、三阴交、章门、期门、阴陵泉。

2. 灸法：隔白附子饼灸神阙，治寒湿、气虚型。太乙神灸：取关元、曲泉、三阴交、大敦。

3. 贴敷：

(1)用阳和解凝膏掺黑退消，贴于患处。

(2)十香暖脐膏(中成药)贴神阙、归来穴，适用于腹股沟斜疝。

4. 穴位注射：取阴陵泉、关元、气门、三阴交。进行蜂毒穴位注射，每次2—3穴。

(五)单验方：

1. 生香附子(研粗末)、食盐各60g，醋、酒炒热，布包频熨患处。

2. 新生儿腹股沟斜疝，可用两指捏拢疝孔，用伤湿止痛膏贴紧，再用丁字带固定。

股　　疝

【诊断要点】

肿块呈半球形，在耻骨结节外下方。无嵌顿时多无不适，早期常未被发现。急性肠梗阻多为嵌顿后的临床表现。

【治疗】

因极易嵌顿，故应早期手术。修补方法常用 Mc Vay 法或将腹股沟韧带与耻骨梳韧带缝合，关闭股环。术中注意勿损伤股静脉。

切口疝

【诊断要点】

（一）有腹部手术病史，大多数切口有切口感染、长期换药或多次搔刮手术。

（二）腹部切口逐渐膨隆，咳嗽或腹部用力膨隆增大，平卧时缩小或消失并有腹部不适，疝成为难复性时，可出现肠梗阻症状。

（三）体检：腹部切口瘢痕宽大，站立时可见隆起肿块，质柔软，可推回缩小，巨大者可见到肠型，并摸到肠环，听诊有肠鸣音多，患者可肥胖或消瘦。

【治疗】

（一）手术治疗：切除瘢痕，还纳内脏，修补疝环。

（二）非手术治疗：巨大切口疝、年老体弱或过度肥胖者，不必手术，可用腹带包扎。

脐疝

【诊断要点】

（一）婴儿在啼哭、便秘、咳嗽时，成人在站立或增加腹压时，脐部出现可复性包块。

（二）肿块柔软，婴儿脐疝多在脐上偏右，成人脐疝可在脐上、下或正中脱出。

（三）疝还纳后，可触到腹壁缺损。婴儿脐疝，易还纳，罕见嵌顿；成人则不能完全还纳，易嵌顿。

【治疗】

（一）1 岁内婴儿，可用非手术治疗，以疝带压迫疝环。

（二）2 岁以上儿童，疝孔仍在 2cm 以上者，应手术治疗。

（三）成人脐疝非手术治疗无效，可切除多余的皮肤、皮下组织及疝囊，重叠缝合腹壁各层。

急性化脓性腹膜炎

急性化脓性腹膜炎涉及整个腹腔称之为急性弥漫性腹膜炎。继发于腹腔内脏器的穿孔、损伤破裂、炎症和手术污染等，称为继发性腹膜炎，是急性化脓性腹膜炎中最常见的一类。腹腔内并无原发病灶的血源性腹膜炎，也称原发性腹膜炎。多见于10岁以下的女孩。

【诊断要点】

（一）腹痛，多为持续性痛，且较剧烈。腹痛多由原发病灶部位开始，以后可局限于该处或波及全腹。但仍以原发病灶部位较为显著。

（二）胃肠道症状，如恶心、呕吐，腹胀，便秘等。开始为反射呕吐，后期可因肠麻痹而发生持续性呕吐，甚至出现失水及酸中毒。

（三）体温升高，脉搏快且细弱，如体温血压下降，多表示病情危重。

（四）腹部检查，早期腹肌紧张，呈"舟状腹"，压痛、反跳痛明显，肠鸣音减弱或消失。

（五）晚期因肠麻痹可致腹胀。

（六）实验室检查：

1. 白细胞数常增高，多在 $12\times10^9\sim18\times10^9$/L（12 000－18 000/$mm^3$）间，中性粒细胞比例增高。

2. 疑有内出血者，每隔1～2h复查红细胞数及血红蛋白。

3. 疑有急性胰腺炎者，测定血清淀粉酶。

4. 有脱水者检查血钾、钠、氯化物、尿素氮、二氧化碳结合力。

（七）定期测定BP、R、P，及时发现休克。较危重的腹膜炎可早期出现休克。

（八）X线检查，腹透在胃肠道穿孔时，多数可见有膈下游离气体，小肠普通胀气并有多数小液平面等肠麻痹征象。

【治疗】

（一）非手术治疗：

1. 原发性腹膜炎，发病时间超过48h而有局限化趋势。症状、体征有好转者。

2. 产褥热或盆腔内脏感染所致的腹膜炎，行半卧位、禁食、胃肠减压、应用抗生素、输液、针灸、中药等。

3. 晚期腹膜炎处于危重状态，不能耐受手术者。

（二）手术治疗：病因明确，应按原发病的治疗原则进行处理。病因未明确而病情危重的，须考虑行剖腹探查术，以便及时发现和处理原发病灶。诊断未明确之前应禁食，忌用止痛药；忌用泻药，禁止灌肠。

（三）中医治疗：

1. 气血壅闭：症同前述。可见于非感染病变的器官突然穿孔、破裂的早期，腹膜未化脓感染者。苔薄白，脉弦细数。治法：活血祛瘀，行气止痛。方药：血府逐瘀汤加元胡、川楝子、白芍。

2. 实热：症同前述。可见于腹腔脏器感染性病变穿孔与破裂、腹腔脏器急性感染后炎症渗液的扩散。由气血壅闭证发展而来。舌绛、苔黄糙，脉洪数。治法：通里攻下，泻火解毒。方药：大承气汤合黄连解毒汤加赤白芍、桃仁、乳香、泻药、甘草。

3. 厥脱：见该病伴中毒性休克阶段，舌绛、苔无或苔黑起芒刺，脉微欲绝。治法：清营解毒，回阳固脱。方药：清营汤、犀角地黄汤，回逆汤或参附汤加减。

（四）针刺治疗：

1. 体针：取足三里、中脘、梁门、天枢、气海、曲池、内关。用泻法或电针。适用于胃及十二指肠溃疡急性穿孔的早期。

2. 耳针：取胃、大肠、小肠、交感、神门。强刺激，留针 30～60min，1～2 次/d。

腹部损伤

腹部损伤可分为开放性和闭合性 2 大类：前者多系利器或火器损伤所致，后者则常发生于挤压、碰撞等钝性暴力之后。无论开放或闭合，损伤范围可能仅局限于腹壁，也可能同时兼有内脏损伤；如兼有内脏损伤，则伤情较为严重。尤其是闭合性损伤，要确定有无内脏损伤有时是很困难的。绝大部分内脏损伤需要进行早期手术治疗，如果不能在早期确定内脏是否损伤，很可能贻误手术时机而导致严重后果。

【诊断要点】

（一）有腹部外伤史。

（二）腹痛是主要症状。明显疼痛的部位，常是脏器损伤的部位。胃

肠道破裂，腹痛多较剧烈，少量腹腔内出血和尿外渗，腹痛常不明显。

（三）出现失血表现，甚至失血性休克，多因肝、脾等实质脏器损伤所致。大血管损伤致腹膜后大出血亦可引起，且常伴腰背痛。

（四）可出现恶心、呕吐、呕血、血尿及血便。

（五）腹部多有压痛、反跳痛，亦可出现肌紧张，甚至呈现“板状腹”。体征明显的部位，常是脏器损伤部位。空腹脏器损伤时，肝浊音界可消失，腹腔内大出血时即叩出移动性浊音。肠鸣音多减弱或消失。

（六）X线检查，发现膈下游离气体是空腔脏器损伤的诊断依据。腹腔穿刺或腹腔灌洗对诊断实质脏器损伤有重要意义。

（七）白细胞计数、血红蛋白、淀粉酶及尿常规等化验检查，常有助于诊断和观察病程变化。

【治疗】

（一）一旦确诊或高度怀疑腹部脏器损伤者，即应在适当准备后，尽早剖腹探查，控制出血，修复内脏。

（二）合并有可能即刻威胁生命的其他部位严重损伤，如开放气胸、颅内血肿等，应先予处理。

（三）受伤 48h 以上、腹腔感染已趋向局限者，可考虑非手术治疗。

胃及十二指肠溃疡

胃溃疡和十二指肠溃疡有许多共同点：首先发病都是胃酸作用的结果，这种溃疡都具有不易愈合，愈合后又易于复发的倾向，在疾病过程中都可以引起大出血、急性穿孔、慢性穿孔和幽门梗阻等并发症。但是二者之间存在着实质性区别，如十二指肠溃疡发病年龄平均比胃溃疡小。十二指肠溃疡集中位于球部，胃溃疡发病部位广泛。十二指肠溃疡起病与精神神经因素密切，胃溃疡多伴有慢性胃炎。十二指肠溃疡是迷走神经兴奋，胃酸分泌过多引起，故对抗酸制剂止痛有良效，且不易癌变，迷走神经切断术效果好。胃溃疡是胃泌素分泌增强的后果，有癌变可能。

【诊断要点】

（一）症状与体征：

1. 腹痛：中上腹或右上腹隐痛刺痛，有时为饥饿感和烧灼感，放射到肩背及腰部。疼痛与进食时间有关。疼痛为周期性，每当饮食不调、劳

累、精神紧张和季节改变时发作

2. 常伴有泛酸、嗳气。

3. 体检：中上腹和右上腹轻压痛。

(二)胃酸分析：

1. 可了解胃酸分泌情况，一般不能作为常规检查。

2. 拟做迷走神经切断者，术前做加强组织胺法，为选择病历的参考。

(三)X线检查(钡餐检查)：

1. 确定溃疡的存在，了解其部位、大小及并发症。

2. 表现为龛影或局部变形和激惹现象。

(四)胃镜检查：对浅小或渐趋愈合的溃疡，对鉴别良性或恶性溃疡，可协助X线检查不足。

【治疗】

(一)手术适应证：

1. 经内科治疗无效的胃及十二指肠溃疡。

2. 溃疡合并大出血。

3. 溃疡合并穿孔。

4. 溃疡较大，疑有恶变者。

5. 复合溃疡。

(二)手术方法：

1. 胃大部切除术。

(1)毕罗Ⅰ式：胃及十二指肠吻合。

(2)毕罗Ⅱ：胃空肠吻合。

(3)当溃疡与周围粘连，不能切除，做溃疡旷置。

2. 迷走神经干切断术：选择性迷走神经切断术，高选择性迷走神经切断术。以后者为最理想。

(三)术前准备：

1. 术前1d备皮、备血，做通便灌肠。

2. 手术日早晨留置胃管、营养管、尿管

3. 其他(如术前各项检查)和腹部一般大手术相同。

(四)术后处理：

1. 手术第1d，患者全身情况良好，可取半卧位，如无禁忌应早日离床

活动。

2. 术后继续胃肠减压，待肛门排气后可拔除胃管。

3. 术后第2d，可从营养管内试验灌食（牛奶稀释液，每1 000ml内各含奶粉50g、白糖50g、食盐50g）。

4. 术后第3d可常规灌食1 000ml/次，2次/d，可不输液。

5. 肛门排气排便后可进全流，7d后进半流，1个月后可进普食。

6. 应用抗生素。

7. 进半流饮食时应注意有无倾倒综合征、吻合口梗阻或残胃无力等并发症，如有上述并发症，应予对症处理。

胃及十二指肠溃疡急性穿孔

【诊断要点】

（一）多数病例有溃疡病史，穿孔前溃疡症状加重或有暴饮暴食诱因。

（二）上腹剧痛突然发生，呈持续性，可迅速扩散至全腹，伴恶心、呕吐，严重可出现休克。

（三）出现腹膜刺激征、肠鸣音减弱或消失、肝浊音界缩小或消失。

（四）X线检查，多可见膈下游离气体，横膈活动减弱。

（五）腹腔穿刺可得黄色浑浊液体。

【治疗】

（一）非手术治疗：

1. 适应证：

（1）溃疡病史不长或病史虽长发作却不频繁。

（2）年龄较轻，穿孔早期，一般情况较好。

（3）空腹穿孔。

（4）穿孔小，腹腔积液不多、腹膜炎有局限化的趋势。

（5）体温不高，腹胀不明显。

2. 治疗措施：

（1）采取半卧位。

（2）持续胃肠减压。

（3）禁食水。

（4）纠正水、电解质及酸碱紊乱。

(5)使用抗生素。

(6)应用中药,以复方大柴胡汤为主。

(二)手术治疗:

1.适应证:

(1)一般情况差,有弥漫性腹膜炎。

(2)伴有幽门梗阻或出血。

(3)再次穿孔者。

(4)溃疡病史长者。

(5)腹腔积液多且伴有休克。

(6)非手术治疗无效。

2.手术方式:

(1)胃大部切除术:用于穿孔时间不超过12h,腹腔污染不严重。

(2)穿孔修补术:用于情况差、不能耐受大手术、腹腔污染较重、水肿明显、局部解剖不清、切除有困难者。

胃及十二指肠溃疡大出血

胃及十二指肠溃疡大出血系指那种引起明显出血症状的大出血而言,即表现为大量呕血或柏油样大便,血红蛋白值明显下降,以致发生休克前期或很快陷入休克状态。5%~10%的胃及十二指肠溃疡大出血用非手术治疗不能止血,而需要进行外科手术治疗。

【诊断要点】

(一)大部分有典型的溃疡病史。

(二)突然出现呕血或便血,常有晕倒病史。

(三)上腹可有压痛,肠鸣音比较活跃。

(四)红细胞计数、红细胞压积、血红蛋白值降低。出现休克前期或很快陷入休克状态。

(五)纤维胃镜可直接看到出血部位。

【治疗】

(一)非手术治疗:

1.禁食,补液,输血。

2.应用止血药物、维生素K、安络血、止血敏等。

3. 应用甲氰咪呱。

4. 应用中药，如云南白药、三七等。

(二)手术治疗：

1. 胃大部切除术。

2. 溃疡旷置术，应贯穿缝扎溃疡底出血动脉或结扎其主干。

溃疡病并发幽门梗阻

【诊断要点】

(一)有较长的溃疡病史。

(二)呕吐常在下午或晚上发生，量较大，酸臭味，吐出物为积存宿食，一般不含胆汁。

(三)脱水、消瘦、上腹隆起，可见胃型及蠕动波，有振水音。

(四)钡餐检查：胃排空延迟、胃扩张、幽门有梗阻。

【治疗】

(一)注意纠正水、电解质紊乱，酸碱平衡失调；测 K^+、Na^+、Cl^- 及 BUN、CO_2CP 等。

(二)必要时输血。

(三)胃液潴留严重者需洗胃，每晚 1 次，宜用高渗盐水，直至抽出冲洗液转清，方可手术，术前禁食 3d，术前 1d 置胃管减压。

(四)需手术治疗，手术方式有：

1. 胃大部切除术。

2. 胃空肠吻合术，适用于全身情况不准、不宜接受胃大部切除术者。吻合口远侧应做空肠侧侧吻合。

胃　　癌

胃癌是最常见的恶性肿瘤，男女发病率之比为 3:1，发病年龄以 40～60 岁为多见，病因尚未确定，好发于幽门窦部，病理分肿块型、溃疡型、浸润型。可以直接蔓延，淋巴或血行转移，种植转移。据病情的发展程度，胃癌分 4 期。

【诊断要点】

(一)早期可无症状、体征。

(二)部分患者表现有上腹疼痛、饱胀不适、食欲减退。

(三)原为胃溃疡,恶变后症状加剧,腹痛节律性消失,可呈现持续性腹痛,按溃疡病治疗症状不能缓解。

(四)可出现呕血或黑便。

(五)体重下降,进行性贫血。

(六)上腹可触到包块,包快有压痛。

(七)晚期病例,可有左锁骨上窝淋巴结肿大、腹水、恶病质。

(八)胃底贲门部癌侵及食管者,可有吞咽困难,幽门部癌可有幽门梗阻。

(九)X线钡餐检查可了解肿块大小、范围。

(十)纤维胃镜检查,可直接观察病变,并可活检证实诊断。

[治疗]

(一)手术疗法:

1. 根治性远端胃大部切除术,适用于无远处转移的幽门部癌。

2. 根治性近端胃大部切除术,适用于无远处转移的贲门胃底癌。

3. 全胃切除术,适用于胃体癌、浸润性癌及病变范围较广泛的贲门或幽门窦部癌。

4. 胃、空肠吻合术,适用于不能根治而又不能切除的胃癌,也可做胃造瘘或空肠造瘘。

(二)化学疗法:

氟尿嘧啶和丝裂霉素同时或交替使用。氟尿嘧啶静脉注射,500mg/次,隔日1次,总量10g为1疗程,1~2个月后可重复使用。丝裂霉素静脉注射,一般4~6mg/d,总量40~60mg,呕吐症状严重,可加用维生素B_6 100mg静滴或用灭吐灵5mg肌注。

(三)对症处理。

(四)中医治疗:

1. 肝胃不和:胃脘胀满或疼痛,串及两胁,嗳气陈腐或呃逆,呕吐反胃,舌质淡红、苔薄白或薄黄,脉弦。治法:疏肝和胃,降逆止痛。方药:柴胡疏肝散合旋覆代赭汤加减。

2. 胃热伤阴:胃脘热痛,口干欲饮,胃内嘈杂,纳差喜凉,五心烦热,大便干燥,舌红绛或光红、少苔,脉滑数或细数。治法:养阴清热。方药:

益胃汤加丹皮、黄连、山栀、天花粉。

3. 痰食交阻：胸膈满闷，食欲不振，厌恶肉食，吞咽困难，泛吐粘痰，呕吐宿食，腹胀便溏，苔白腻，脉弦滑。治法：理气化痰，消食散结。方药：海藻玉壶汤加减。

4. 痰瘀互结：胃脘刺痛拒按，痛有定处，或可扪及肿块，腹满不欲食，呕吐宿食或如赤豆汁，或见柏油便，舌质紫黯或有瘀点、苔薄白，脉细涩。治法：活血化瘀，化痰软坚。方药：膈下逐瘀汤加减。

5. 脾胃虚寒：胃脘隐痛，喜温喜按，朝食暮吐，宿谷不化，泛吐清水，面色萎黄，大便溏薄，舌质淡、苔薄白，脉沉缓或细弱。治法：温中散寒，健脾暖胃。方药：理中汤合六君子汤加减。中成药有理中丸合香砂六君子丸。

在进行辨证论治的同时，可酌情选加抗癌中草药，如肿节风、石见穿、半枝莲、白花蛇舌草、龙葵、白英、凤尾草、喜树果、蟾酥制剂等。也可服肿节风片，每次5片，3次/d。

(五)针灸治疗：

1. 体针：

(1)初期：取中脘、内关、足三里、阳陵泉。若见肝气犯胃证可加太冲、期门；若见脾胃虚寒证，可加内庭、气海、天枢。

(2)中期：取中脘、足三里、髀关、胃俞、三焦俞。若见痰食交阻证可加尺泽、丰隆；若见痰瘀互结证可加丰隆、血海、膈俞。

(3)晚期：取中脘、胃俞、章门、脾俞、三阴交。若见胃阴不足证，可加上脘、阴郄、地机；若见正虚瘀结证，可加气海、足三里。

2. 耳针：取胃、脾、皮质下、交感。若见脾胃虚寒证，可加腹、肠、内分泌；若见痰气凝滞证，可加肺、咽、神门；若凶胃阴不足证，可加胃上腺、内分泌、神门、足底；若见正虚瘀结证，可加脑干、神门、内分泌、足底；若为术后、化疗、放疗副反应，可加食道、咽喉、贲门、神门、内分泌、肾上腺、足点。

3. 割治：取涌泉穴后2cm为主穴。配胃俞、脾俞、鱼际。先用0.5%～1%普鲁卡因5～10ml行局部麻醉，然后切开皮肤及皮下组织，切口长0.5～1.0cm，取出少许脂肪，并用蚊式钳做局部按摩，使患者有酸、麻、胀感，最后对好切口，包扎止血。

(六)单验方：

1. 通幽汤：桃仁 6～9g、红花 3～6g、熟地 9～15g、生地 9～15g、当归 9～12g、升麻 3～4.5g、炙甘草 3～4.5g，水煎服。可治疗食道痉挛、食道狭窄、幽门梗阻，以及胃癌、食道癌等。

2. 灭癌散：生牛 12g、白矾 20g、血竭 10g、麝香 1g、人中白 3g（焙成一半）、红参 20g。共研细末，分为 20 包，每天早晚各服 1g，以开水和成稀糊状，含口内慢慢咽下。治疗消化道肿瘤。

3. 灭癌汤：水蛭 2g、硇砂 0.5g、夏枯草 15g、党参 15g、木香 3g、白矾 3g、月石（硼砂）3g、紫贝齿 10g、槟榔 10g、玄参 10g、代赭石 10g、大黄 6g、丹参 30g、陈皮 6g，水煎服。治胃癌、食道癌。

（七）食疗：鹅血烧豆腐：

1. 配料：新鲜鹅血 250g，豆腐 1 块，新鲜大蒜苗 100g，植物油、细盐、黄酒、味精适量。

2. 制法：用开水烫熟鹅血切成厚片。豆腐亦切厚片。蒜苗切成长约 2cm，茎与叶分开。入植物油 2 匙入油锅用中火烧热，先入蒜茎，随即倒入鹅血和豆腐，炒煎 3min，加黄酒 1 匙，细盐 1 匙，冷水少量。再焖烧 8min，放入蒜叶、味精，继续炒 1min 左右，盛碗。

3. 食法：佐膳食。

急性肠梗阻

肠内容物不能正常运行或通过发生障碍时称为肠梗阻，是外科常见病。肠梗阻不但可引起肠管本身解剖与功能上的改变，并可导致全身性生理上的紊乱，临床病象复杂多变，其病因分机械性、动力性、血运性 3 类。又可按肠壁有无血运障碍分为单纯性和绞窄性 2 类。

【诊断要点】

（一）腹痛：脐周梗阻部位阵发性绞痛多为机械性肠梗阻。持续性剧痛多为绞窄。持续性胀痛可能是麻痹性肠梗阻。

（二）呕吐：高位梗阻早期出现而频繁，内容物为所进食物、胃液或胆汁。低位肠梗阻出现较晚，内容物可呈粪汁样。咖啡样呕吐物常提示已出现绞窄。

（三）腹胀：高位小肠梗阻不明显。麻痹性肠梗阻多呈全腹均匀胀气。腹胀不对称时多为机械性梗阻，甚至可能是肠绞窄。

(四)停止排便、排气:完全性肠梗阻一般停止排便、排气。但在梗阻早期或不完全梗阻时,可有少量粪便或气体排出。

(五)逐渐出现脱水、电解质紊乱及酸碱失衡症状。肠绞窄时可出现全身中毒症状甚至休克。

(六)腹部可见肠型及蠕动波,单纯性肠梗阻可有轻度腹部压痛,肠绞窄时可有固定而明显的腹膜刺激征。有时可扪及闭袢梗阻的肠管,在肠套叠或肠蛔虫所致梗阻时,还可扪及包块。移动性浊音可阳性。机械性肠梗阻时肠鸣音亢进,有气过水声或金属音;麻痹性肠梗阻时则肠鸣音减弱或消失,但肠绞窄时肠鸣音亦可消失。直肠指诊可能扪及肿块及发现血便。

(七)平卧位和立位腹部X线检查,发现胀大的肠袢及阶梯状液平面可明确诊断。孤立性肠袢如假性肿瘤影常提示肠绞窄。

【治疗】

(一)单纯性肠梗阻,先用非手术治疗:

1. 胃肠减压。

2. 纠正水、电解质失衡。

3. 吸尽胃及近端肠管内积气积液后,由胃管内灌注通里攻下药物(如复方大承气汤、石蜡油等)。

4. 用温热的10%盐水或肥皂水灌肠。如经12~24h治疗后症状不缓解,或其间出现绞窄症状、体征者应及时手术治疗。

(二)绞窄性肠梗阻及结肠梗阻,经适当准备后,应尽早手术治疗。小肠单纯性梗阻可解除梗阻原因,如粘连或嵌顿的松解扭转的复位等。小肠绞窄则切除坏死肠段,一期吻合。结肠单纯性梗阻时,可仅在梗阻近端做造瘘解除梗阻,再择期手术切除原发病变。情况佳者如需切除肠管病变,亦可做一期切除吻合。结肠绞窄时,切除坏死肠段后,可关闭远端肠腔用近端肠腔造瘘或做一期吻合。

(三)针刺治疗:

1. 体针:取足三里、内庭、天枢、中脘、曲池、合谷。痛甚加内关、章门。

2. 耳针:取大肠、小肠、胃、交感、三焦,强刺激,留针30min,1次/d。

3. 电针:①中脘、足三里;②天枢、足三里。腹部穴接阴极,足三里接

阳极，用疏密波，由弱至强，10～15min。

（四）贴敷疗法：

1．神阙、阿是穴：用大葱若干，切碎捣烂，加醋炒热敷穴上，外加热敷；也可用白芥子研末成糊敷穴上。敷前皮肤先涂1层麻油，待皮肤有烧灼感时再去掉。2次/d。

2．阿是穴：用莱菔子60g，炒神曲、芒硝各30g，大葱250g。共捣烂，以米泔水调成糊，敷穴上。

（五）推拿疗法：患者取仰卧屈膝位，先抚摩全腹1min，继以掌推法从胃左上方推到右下方，另一手从胃右上方推到左上方，再沿胃底摸推到右下方；从此点起，在脐周做顺时针方向两手交替摩揉，反复数十遍；再以食、中、无名指自升结肠起，沿整个结肠到左下腹做指端继续式揉按，再点按天枢、足三里、气海、承山穴、最后弹大腿内侧大筋3次，并自上而下以小鱼际推按骶尾椎150次。

急性阑尾炎

急性阑尾炎居各种急腹症首位。其病因有阑尾管腔阻塞、胃肠道疾病影响，细菌入侵。临床分急性单纯性阑尾炎、急性化脓性阑尾炎、坏疽性及穿孔性阑尾炎、阑尾周围脓肿4种类型。

【诊断要点】

（一）右下腹痛。70%～80%患者，腹痛始于上腹部或脐周，数小时至24h内转移到右下腹。可伴恶心、呕吐。早期体温可正常或轻度升高，化脓以后可明显发热。

（二）阑尾点局部压痛。炎症扩散至阑尾以外时，压痛范围扩大，并可出现反跳痛及肌紧张，但仍以阑尾部位最明显。形成脓肿后，右下腹可扪及包块。

（三）结肠充气试验、腰大肌试验、闭孔肌试验可呈阳性。阑尾穴可有压痛。直肠指检，于右前壁可有触痛或扪及炎性肿块或脓肿。

（四）一般白细胞计数升高，中性粒细胞比例增多。少数患者因阑尾邻近输尿管或膀胱，尿镜检可有少量红细胞及白细胞。

（五）应与胃及十二指肠穿孔，肠系膜淋巴结炎，输尿管结石，胆囊炎或胆囊穿孔等鉴别。女患者还应与盆腔炎、宫外孕、卵巢滤泡破裂、卵巢

囊肿蒂扭转等鉴别。

【治疗】

(一)除阑尾脓肿外,皆宜做阑尾切除术。尤其对小儿、老人、孕妇及有伴随疾病的患者,更宜尽早手术治疗。

(二)对阑尾脓肿患者,应先非手术治疗。若脓肿继续增大,全身中毒症状严重者,须行引流术。

(三)各型阑尾炎,均可选用或辅以中药治疗。

(四)中医治疗:

1. 瘀滞(痈脓将成):本型多见于急性单纯性阑尾炎。治法:行气活血,清热解毒。方药:大黄牡丹皮汤加川楝子、木香、金银花。

2. 湿热(痈脓已成):本型相当于蜂窝组织炎性、化脓性或坏疽性阑尾炎。治法:清热解毒,行气活血。方药:薏苡附子败酱散加减。

3. 热毒(痈脓已溃):本型相当于阑尾炎穿孔形成弥漫性腹膜炎。治法:清里攻下解毒,兼行气活血。方药:大陷胸汤合阑尾Ⅱ号方[红藤60g,三颗针30g,丹皮、川楝子、大黄各15g,芒硝5g(冲服)]加减。

(五)针刺治疗:

1. 体针:取天枢、曲池、阑尾、上巨墟为主穴。腹痛甚,配合谷;热重,配大椎、十宣。强刺激,留针30～60min,每15min运针1次,2～3次/d,重症每4h 1次。

2. 耳针:取阑尾、交感、神门、大肠、肺。发热,配皮质下。强刺激,留针30min,2次/d。

3. 贴敷:

(1)芙蓉叶、大黄各300g,黄芩、黄连、黄柏、泽兰叶各240g,冰片9g。共研末,用醋或水调成糊状,敷患处。适用于各型。

(2)大蒜糊剂:取大蒜60g、芒硝30g共捣如泥,敷患处2h,再取大黄粉30g醋调成糊状,敷6～8h。数小时后还可重复。为防灼伤,敷药前局部先涂1层凡士林。

大 肠 癌

结肠癌是胃肠道中常见的恶性肿瘤。家族性息肉病、结肠腺瘤、溃疡性结肠炎与结肠癌的发病有较密切关系。病理分型有肿块型、浸润型、溃

疡型。显微镜下组织学分类为腺癌、粘液癌、未分化癌。临床分4期，主要为淋巴转移。

【诊断要点】

(一)早期仅有排便习惯改变或直肠刺激症状。

(二)便血，由于肿瘤破溃出血所致，呈鲜红或暗红色血便，量不多，间歇性出现。因癌肿部位不同，血可与粪便相混，呈果浆样，亦可粪便带血丝。合并感染时，出现粘液血便或脓血便。

(三)右半结肠癌特点：多为肿块型软癌，易溃烂出血、感染和坏死，临床表现以便血、贫血、乏力、消瘦、发热等中毒症状和腹部肿块为主。

(四)左半结肠癌特点：多为浸润型硬癌，易致肠腔狭窄，致干结的粪便不易通过，易出现腹痛、腹胀、便秘等梗阻症状。

(五)直肠癌特点：位于盆腔内，易侵及直肠周围，出现膀胱和尿道炎症状，晚期侵及骶神经丛，有骶尾痛和坐骨部痛，2/3患者直肠指诊可触到病变。

(六)纤维结肠镜检查：可明确病变的范围和部位，活组织病理检查可定性。

(七)X线钡剂灌肠：可见结肠充盈缺损、粘膜破坏、肠壁僵硬或狭窄梗阻等现象。

【治疗】

大肠癌以手术治疗为主。

(一)术前准备：

1. 术前3d改半流食，术前2d进流质。

2. 术前2d，每日上午口服蓖麻油20～30ml，手术前晚和手术晨清洁灌肠。

3. 口服抗生素，术前3d用卡那霉素1.0g加灭滴灵0.4g，3次/d；或新霉素1.0g加红霉素0.5g，3次/d。口服抗生素期间，同时给予维生素K。

4. 女性直肠癌必须切除阴道后壁者，手术前2d冲洗阴道。

5. 术前纠正贫血、低蛋白血症。配血600～1 200ml。

6. 术前放置胃肠减压管和导尿管。

(二)根治性切除术：根据肿瘤部位不同选择不同术式。

1. 右半结肠切除术：用于盲肠、升结肠、结肠肝曲癌。

2. 左半结肠切除术：用于结肠脾曲及降结肠癌。

3. 横结肠切除术：用于横结肠癌。

4. 乙状结肠切除术：用于乙状结肠癌。

5. 保留肛门括约肌的直肠癌切除术：用于直肠上、中段癌。

6. 经腹会阴直肠癌联合切除术：用于直肠下段癌。

(三)大肠癌并发急性梗阻的治疗原则：

1. 梗阻性右半结肠癌：

(1)一期根治性切除吻合术。

(2)回肠横结肠吻合术。

(3)一期盲肠造口，二期根治切除。

2. 梗阻性左半结肠癌：

(1)一期梗阻近端结肠造口减压，二期根治切除。

(2)一期切除瘤肿、断端造口，二期结肠吻合术。

(3)对癌肿不能切除者，行姑息性结肠造口。

(四)不能根治的结肠癌手术：

1. 如能切除原发灶，仍可行姑息性切除。

2. 如肝内转移为孤立性或局限某一叶，可同时或择期行肝叶切除。

3. 如肿瘤累及邻近脏器，可将肿瘤连同被侵犯脏器一并切除。

(五)化疗：根治性切除、姑息性切除或不能切除患者，术后均需做辅助性或联合化疗。常用药物为氟尿嘧啶、丝裂霉素、阿霉素等。

(五)中医治疗：

1. 脾胃湿热：大便频数，里急后重，脓血便或腹泻便秘交替。舌红、苔黄腻，脉滑数。治法：清热解毒，活血祛瘀。方药：白头翁汤加白花蛇舌草、半枝莲、桃仁、元胡、槐花。

2. 肿块瘀阻：小腹胀痛，大便艰难，舌苔黄腻，脉滑数。治法：补虚扶正，软坚散结。方药：补中益气汤加三棱、莪术、穿山甲。

3. 气血衰败：疾病后期，气短乏力。治法：益气补血。方药：八珍汤加味。

(六)针灸治疗：

1. 体针：取大肠俞、天枢、关元、气海、三阴交、脾俞。

2. 耳针：取皮质下、心、耳尖、大肠、脾、交感。

3. 割治：以涌泉穴为主穴，配大肠俞、关元俞、三阴交，局麻下切开穴处皮肤及皮下组织，切口长 0.5～1cm，取出少许脂肪，用蚊式钳做局部按摩，使患者有酸麻胀感，最后包扎止血。

（七）灌肠疗法：射干、赤石脂、白芨、风仙花、黄柏、黄芩各 30g，土茯苓 90g，金蝎、血竭、草乌、乳香、没药各 9g，花蕊石 60g，红花 15g。浓煎后灌肠，1～2 次/d。

肛管直肠周围脓肿

直肠肛管周围脓肿是指直肠肛管组织内或其间隙内的感染，发展成为脓肿。多数脓肿在穿破或切开后形成肛瘘。其病因多数起自肛管中部括约肌间的肛腺感染。直肠肛管周围间隙内为脂肪疏松组织，一旦感染极易扩散。

【诊断要点】

（一）以肛周皮下脓肿较常见，肛门周围有一红肿的硬结、剧烈疼痛为主要表现；患者不能取坐位，排便时加重，甚至影响排尿。脓肿形成有波动。

（二）坐骨直肠窝脓肿，全身症状明显，肛管内跳痛，里急后重感明显，肛门指诊时，可扪到直肠侧壁隆起，压痛，有波动感。

（三）骨盆直肠窝，直肠后间隙脓肿比较少见，除有全身症状外，均有直肠周围的疼痛，排便或排尿困难。须行肛门指诊，发现包块，触痛和波动。

【治疗】

（一）全身用药，磺胺或抗生素治疗。

（二）局部热敷和热水坐浴。

（三）及早切开排脓。脓肿切开后，保持引流通畅，避免过早愈合。

（四）中医治疗：

1. 湿热壅结：红肿热痛，脓黄稠带粪臭味，恶寒发热，舌红、苔黄腻，脉滑数。治法：清热解毒，活血祛瘀。方药：仙方活命饮合黄连解毒汤加减，可加用透脓散或内托黄芪散。

2. 气血亏损，湿热下注：平塌不红，痛轻，脓清淡不臭，低热倦怠，便

溏尿清，舌淡、苔白，脉细无力。治法：滋阴除湿，益气退虚热。方药：八珍汤合青蒿鳖甲汤。

肛　瘘

肛瘘是肛管与肛门周围皮肤相通的感染性管道，其内口位于齿线附近，外口位于肛门周围皮肤上，长年不愈，是肛管直肠疾病中的常见病。

【诊断要点】

（一）有肛管直肠周围脓肿溃破或切开引流的病史。

（二）肛旁经常或反复流脓。

（三）检查可见肛旁有1个或多个瘘管口，压迫周围，有脓液溢出。

（四）皮下和低位肛瘘，可在皮下扪到纤维索条样瘘管。

（五）肛门指诊，可在齿状线处，触到硬结。

【治疗】

（一）视肛瘘情况不同，可分别采用肛瘘切除、肛瘘切开、挂线疗法。

（二）中医治疗：

1．湿热壅滞：局部脓肿，灼热跳痛，脓稠黄而臭，恶寒发热，口渴欲饮，便秘，溲黄，舌红、苔黄燥，脉滑数。治法：清热解毒排脓。方药：托里消毒散或仙方活命饮。

2．肺肾阴虚：局部晦暗，外口凹形，脓水清稀，形体消瘦，潮热盗汗，心烦不寐，舌红、无苔或少苔，脉细数。治法：养阴清热。方药：青蒿鳖甲汤合六味地黄丸加减。

3．气血双虚：瘘道经久不愈，肉芽不鲜，脓水时多时少，唇甲苍白，气短乏力，舌淡、苔薄白，脉细弱。治法：补益气血。方药：十全大补汤或托里消毒饮。

（三）单验方：

1．苦参60g，蛇床子30g，白芷15g，金银花30g，菊花60g，黄柏、地肤子各15g，大菖蒲9g。煎汤熏洗，2次/d。

2．花椒、槐实各30g，研细末，每次服1.5～3g，2次/d。外用马齿苋、蚯蚓，捣烂敷患处。

肛　裂

肛裂是肛管皮肤全层裂伤后形成的感染性溃疡。主要原因是由于便秘、粪便干硬、排便时用力过猛。肛管后正中线位为好发部位。

【诊断要点】

(一)排便时和排便后，肛门痉挛样疼痛，可持续几分钟到几个小时。

(二)便后有鲜血，便纸上留有血迹。

(三)由于惧怕大便时疼痛，不敢排便，造成便秘，反之，便秘又加剧排便疼痛。

(四)肛门检查时，在肛门后中线可见到溃疡，周围皮肤水肿，形成前哨痔。

【治疗】

(一)轻者，可用通便药物，热水坐浴，局部使用1%利多卡因甘油或5%苯哗卡因软膏。

(二)重者，可在局麻下扩肛或肛裂切除。

血栓外痔

外痔是直肠下静脉丛的曲张静脉团块，位于齿线以下，表面为肛管皮肤所覆盖，常因静脉内血栓形成而突出在肛门周围。

【诊断要点】

(一)排便用力时，突感肛门疼痛，并脱出包块。

(二)肛缘可见一暗紫色结节，触痛明显。

【治疗】

(一)多数于1周左右可吸收，嘱热水坐浴，对症治疗。

(二)痛著者，可在局麻下做放射形切开皮肤，取出血块。术后坐浴，伤口可自行愈合。

(三)血栓外痔，血块吸收后，遗留下纤维性皮垂。因便后粪便滞留刺激，引起瘙痒，除经常坐浴保持清洁外，手术切除。

内　痔

内痔是直肠上静脉丛的曲张静脉团块，位于齿线以上，表面为直肠粘

膜所覆盖。好发于左侧、右前及右后三处。

【诊断要点】

(一)多发生于站立工作或长期便秘者,以男性居多。

(二)排便时或排便后滴血或喷血,或大便表面有鲜血。但无明显疼痛。

(三)重者大便后、久站、咳嗽时,可由肛门内脱出。

(四)脱出后不及时还纳或不易还纳者可造成嵌顿、水肿、疼痛,乃至糜烂、溃破、坏死。

(五)肛门镜检查。

【治疗】

(一)保持大便通畅,适当用缓泻药物。

(二)热水坐浴。

(三)使用化痔膏、安钠素栓。

(四)注射硬化剂、枯痔疗法、结扎或手术切除。

(五)对嵌顿痔,要及时还纳,控制炎症后手术。

(六)中医治疗:

1. 内痔:

(1)血络受伤实证:便血色红,舌苔黄燥,脉数实。治法:清热凉血。方药:凉血地黄汤加减。

(2)血络受伤虚证:便血色淡,神疲乏力,舌淡,脉细弱。治法:益气摄血。方药:归脾汤加白茅、黄芩炭、生地炭、蒲黄炭、地榆炭、三七。

(3)下焦湿热:痔核脱出,色紫潮湿,肛门坠痛,苔黄厚腻,脉滑数弦。治法:清热祛湿。方药:防风秦艽汤加减。

(4)气血两虚:以脱出为主,不易回纳。伴气短懒言,头晕目眩,舌淡,脉细弱无力。治法:补益气血。方药:补中益气汤合四物汤。

(5)便秘实证:症同前述,伴腹胀拒按,口干心烦,苔黄燥,脉数有力。治法:通腑泻热。方药:大承气汤加减。

2. 外痔:

(1)下焦湿热:痔核处潮红,苔黄腻,脉滑数。治法:清热除湿,活血散瘀。方药:萆薢化毒汤加减。

(2)血热瘀阻:痔核硬肿紫红,口渴烦热,舌红、苔黄,脉数。治法:清

热凉血散瘀。方药：槐角丸。

（七）针灸治疗：

1. 体针：取膈俞、长强、二白、承山。中气下陷加百会、脾俞；大肠湿热加次髎、商丘；出血加血海、三阴交。

2. 耳针：取直肠下段、大肠、皮质下、脾、肾上腺。

3. 埋线：取承山、关元俞透大肠俞、下髎透中髎，用羊肠线埋入，20～30d 埋 1 次。

4. 穴位注射：取长强、白环俞、次髎、承山，用维生素 B_1 100mg，每穴注入 0.5ml。

5. 熏洗：用五倍子汤或苦参汤熏洗。

6. 挑治：在第 7 胸椎两侧和腰骶部范围内寻找灰白色或棕褐色痔点，每次挑 1 点，3d 挑 1 次。

（八）枯痔疗法：将七仙条或二黄枯痔钉插入痔核内。适用于第 2、3 期内痔。兼有急性病、严重慢性病及对砒剂过敏者禁用。

直肠息肉

直肠息肉泛指直肠粘膜表面向肠腔突出的隆起性病变。包括有腺瘤、儿童型息肉、炎性息肉、息肉变。腺瘤一般属于良性。绒毛状腺瘤多见于老年，易癌变。儿童型息肉为腺体潴留所致。炎性息肉系直肠粘膜炎性病变呈息肉状。息肉病指家庭性腺瘤病，多发，易癌变。

【诊断要点】

（一）多发于 2－8 岁儿童，少数为青壮年。

（二）便后出血，鲜血染于粪便表面，不与便混。

（三）直肠一般的有蒂息肉，便后可脱出于肛外。

（四）息肉为圆形或卵圆形，如樱桃大小，表面光滑，质脆。

（五）肛门指诊可扪及，并可以扪到基底的位置和蒂的长度。

（六）高位的息肉需借助直肠镜、乙状结肠镜才能发现。

（七）必要时行钡灌肠检查，以肯定其余部位有无散发息肉，并与其他病相鉴别。

【治疗】

（一）低位细蒂息肉，可用线结扎后切除。宽蒂息肉，基底要缝扎牢

固，防止出血。

（二）高位带蒂息肉，可在直肠镜或乙状结肠镜下电灼切除。

（三）结肠息肉，位置高。应剖腹切除息肉或切除病变肠段。

（四）由于有恶变的可能，标本应送病理检查，尤其是基底比较宽的息肉或成人多发息肉。

原发性肝癌

原发性肝癌是我国常见的恶性肿瘤之一，尤以东西南沿海为多见。高发于40--49岁年龄组。目前认为肝癌的发病与肝硬化、病毒性肝炎、黄曲霉素等某些化学毒素有较密切关系。大体类型分结节型、巨块型和弥漫型，其中结节型为最常见。原发性肝癌按病理组织可分为肝细胞型、胆管细胞型、混合型。原发性肝癌极易侵犯门静脉分支，癌栓经门静脉系统形成肝内扩散。肝外血行转移最多见于肺。淋巴转移至肝门淋巴结最多。

【诊断要点】

（一）症状：

1．早期患者症状轻微或毫无症状，仅于普查时发现。

2．多数患者以肝区胀痛为主，之后有上腹肿块、纳差、乏力、消瘦、腹胀并有进行性加重。

3．部分患者有不规则发热、腹泻等。

4．少数患者以急腹症及突发腹腔内出血的最初表现。

5．有人以肺、骨、淋巴结转移灶为最初表现。

（二）体格检查：

1．肝大、质硬并有结节感，或肝脏有局限性肿块。

2．少数肋缘下、剑突下肝不大而肝上界抬高。

3．晚期患者可出现恶液质、黄疸、腹水、右侧胸水、下肢浮肿等。

（三）血液检查：

1．AFP检测在70%左右的肝细胞癌呈阳性反应，检查AFP之方法。

（1）间接反向血凝法（血凝法）。

（2）琼脂扩散法（扩散法）。

（3）对流免疫电泳法。

(4)火箭电泳自显影法(火箭法)或放射免疫法(放射法)检查。

对流法阳性3周或AFP>400ng/ml持续8周AFP单次检查,长期复查呈现以下4种曲线:①持续高浓度;②持续中浓度;③低浓度上升;④马鞍形曲线。以上均可诊断为肝癌。

2. 血清γ谷氨酰转肽酶测定(正常值<6u),肝癌患者90%左右增高;碱性磷酸酶测定(正常值<31king-Armstrong单位),肝癌患者60%左右增高;乳酸脱氢酶及碱性磷酸酶一同功酶80%左右阳性。但均有较多假阳性。

3. 肝功能检查多在正常范围内,HBsAg多数患者呈阳性。

(四)其他检查:

1. 肝脏B型超声检查:超声显像提示占位性病变。

2. 同位素扫描:肝区缺损(占位性病变)直径在3cm以下者不能显示。应注意少数呈假阳性。

3. 胸部透视:了解肺部有无转移、膈面的肝癌,可见右膈肌活动受限、抬高或有局限性隆起。

4. CT检查:较B超更为准确,但小于2cm的病灶难于显示。

5. 肝动脉造影:小于2cm的病灶清晰可见。

【治疗】

(一)手术治疗:

1. 剖腹探查适应证:

(1)临床表现:一般情况好,摸到肝脏结节或硬块,B超、CT或肝动脉造影检查,显示病变仅限于一叶或半肝。肝功能损害不严重能耐受手术者。

(2)临床无症状,但血清AFP检测持续4周以上阳性,AFP定量上升,各种检查提示或疑有占位性病变者。

(二)剖腹探查禁忌证:明显黄疸、腹水、下肢水肿,远处转移,一般情况或肝功能较差,虽经积极治疗,仍无明显改善者。

(三)肝叶切除:癌肿局限于1叶,可做半肝切除。如已超过1叶,可考虑半肝或3叶切除。伴明显肝硬化者,做右半肝及3叶切除,宜慎重考虑。近年来,主做单个肝段或2个肝段切除治疗原发性肝癌,亦取得较佳效果。

(四)肝动脉插管：

1. 剖腹探查时发现不宜切除者，可考虑经胃网膜右动脉插管。插到肝动脉，灌注抗癌药物和40%碘油10～20ml，振荡摇匀后便成乳剂再予注入，达到肝动脉栓塞和治疗肝癌的目的。

2. 经B超、CT或肝动脉造影，确认肝癌已不适于手术者，可用Seldinger法，经股动脉插管做HAI(肝动脉药物灌注)或HAR(肝动脉栓塞)。

(五)综合治疗：不适应手术或经导管治疗者，可用放射、中草药、化疗、免疫等综合治疗。

门静脉高压症

门静脉高压症发生在门静脉血流受阻、血液淤滞时。门静脉压力增高后，临床表现为脾肿大、脾功能亢进，进而发生食管胃底静脉曲张、呕血和黑便以至腹水等症状。其病因主要是肝炎后肝硬化，血吸虫病引起的肝硬化。

【诊断要点】

(一)病史：询问过去有无肝炎、血吸虫病、长期饮酒史；有无黄疸、浮肿、鼻衄、牙龈出血和上消化道出血史。

(二)体检：注意一般营养、黄疸、水肿，有无肝掌、肝舌、皮肤蜘蛛痣，有无胸腹壁静脉曲张，肝脾是否肿大、肿大程度、硬度，有无腹水，有无内痔。

(三)化验：血常规，血小板计数，出血、凝血时间测定。肝、肾功能检查，凝血酶原时间测定，尿常规检查，HBsAg测定。

(四)X线检查：钡餐检查常有食管及胃底静脉曲张。脾门静脉造影，可显示脾门静脉情况。

【治疗】

(一)食管静脉曲张破裂出血，先用内科治疗：

1. 三腔双囊管压迫止血。

2. 脑垂体后叶素20u/150ml静滴，出血严重者可先静脉推注20u，而后静滴。

3. 有条件者，可通过食管镜向曲张静脉内注射血管硬化剂。

(二)手术治疗:经内科治疗 12～18h 不能控制出血,三腔管气囊松气后再出血,应当机立断急症手术。急性出血停止,可择期手术。手术方式繁多,大体分为断流术和分流术 2 种。

1. 断流术:一般多用于急症手术,但也有用于不宜行较大手术的择期病例,近年来采用断流术者有上升趋势。常用术式有门奇静脉断流术、胃底贲门静脉结扎术、胃冠状静脉栓塞术等。

2. 分流术:

(1)50 岁以下,无严重心、肺、肾等重要脏器病变者。

(2)胃底、食管静脉曲张,有出血史者。

(3)无腹水或腹水可控者。

(4)血清白蛋白 30g/L 以上,胆红素 25.7mmol/L 以下。

布加综合征

布加综合征,是指肝后段下腔静脉阻塞和(或)肝静脉阻塞所致肝静脉回流障碍。临床上主要表现为门静脉高压和(或)下腔静脉高压;是属肝后型门静脉高压症,在河南、山东地区并非少见。在临床上须与肝炎后肝硬化或血吸虫病所致肝硬化的门静脉高压症相鉴别。

【病因】

(一)先天性因素:

1. 先天性下腔静脉纤维隔膜所致的腔静脉阻塞,汪忠镐等人认为与胎儿时期下腔静脉入右心房处有 Eustachian 瓣的存在有关。据统计先天性下腔静脉膜性阻塞所致布加综合征约占 40%。

2. 胚胎肝的血窦在发肩成肝段下腔静脉过程中有缺陷,就可能形成不同部位的腔静脉和肝静脉闭塞。

(二)继发性因素:过去欧美学者认为,本综合征发生与血液高凝、多种感染、癌瘤和妊娠有密切关系;且已发现真性红细胞增多症和阵发性夜间性血红蛋白尿症,同肝静脉阻塞有关。下腔静脉外的致病因素,有肝癌或肝外肿瘤压迫或侵犯肝段下腔静脉和肝静脉。外伤亦可能引起肝静脉阻塞或下腔静脉阻塞,如腹部钝伤性肝内血肿,从而引起急性肝静脉闭塞综合征。

【诊断要点】

(一)急性期:主要特征有右上腹部疼痛,腹胀,大量腹水和腹壁静脉充盈,肝肿大或可能伴有不同程度的肝功能损害;重症病例中肝功能损害可迅速恶化,出现黄疸、肝功能衰竭、肾功能衰竭、上消化道大出血,最后导致肝昏迷死亡。

(二)慢性期:病程一般在1年以上,主要表现为腹水、肝脾肿大、脾功能亢进、胸腹壁静脉迂曲扩张。在脐上、下的扩张静脉血流方向均呈典型的自上而上。下肢浮肿亦属常见。可伴有双侧下肢静脉曲张,小腿呈靴状色素沉着或出现小腿慢性溃疡。

(三)B超检查:为无创伤性检查,主要了解下腔静脉和肝静脉情况,诊断符合率90%左右。

(四)静脉造影:肯定的诊断,应行下腔静脉造影或下腔静脉对端造影。下腔静脉造影对主肝静脉的显示率较低(约43%)。如造影中未显示肝静脉,应结合经皮肝穿刺肝静脉造影了解肝静脉情况。

(五)布加综合征的病变分型:

Ⅰ型:单纯肝段下腔静脉阻塞。

Ⅱ型:单纯肝静脉阻塞。

Ⅲ型:混和型,即有肝静脉和下腔静脉阻塞或狭窄。

Ⅳ型:上述3型中伴有上腔静脉阻塞。

【治疗】

手术为主要治疗方法,手术须根据病变的类型采用不同的手术方法。

(一)下腔静脉隔膜撕裂术:

1. 经右心房手指破膜术:如同二尖瓣手指分离法,用手指破膜并予以向四周扩张,亦可通过扩张器将隔膜部狭窄段做进一步扩张。

2. 球囊导管破膜扩张法:此法简单易行、安全、痛苦小,失败后可再次手术治疗。

(二)改良式脾肺固定术:此术式适应Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型患者。

(三)腔-房转流术:适用于Ⅰ型患者,目前多采用肝前途径人工血管转流,手术视野好、出血少,人工血管不易受压。

(四)门-房转流术:有肠-房、脾-房人工血管转流术,此手术方式主要降低门静脉压,适用于Ⅲ型。

(五)门－体转流术：用于Ⅱ型患者，手术有门－腔、肠－腔、脾　腔或脾－肾静脉吻合术。

(六)直视手术：部分患者可在直视下施行隔膜切除、血栓摘除或狭窄段下腔静脉成形术。

(七)右房和无名静脉间的人工血管转流术：适用于伴有上腔静脉阻塞的患者。

(八)肝移植术：晚期患者因重度门静脉高压和肝功能不可逆性损害，半数患者可出现顽固性腹水、食管静脉破裂出血、肝性脑病或肝肾综合征。部分转流术的患者，病情继续发展，亦可出现上述症状，有效治疗为行肝移植术。

(九)术前准备：

1．行B超和肝静脉、腔静脉造影，以明确诊断和了解病变范围。

2．全面的化验检查，包括肝、肾功能、电解质、血流变、HBsAg、AFP的测定等。

3．超声心动图、心脏远达相、上消化道钡餐检查。

4．改善患者全身情况，腹水可采用自家腹水浓缩回输法。

5．正确使用利尿剂，纠正水、电解质失衡。

6．保肝措施和肝昏迷的预防和治疗。

7．抗凝治疗，以预防患者下腔静腔及肝静脉新鲜血栓的形成。

8．极化液的应用，以提高心肌贮备力，预防或减轻术后心功能不全。

9．术前抗生素的应用。

10．必要时术前1d放置Swan　Ganz导管，测定各种数据。

(十)术后处理：

1．术后监护，主要是生命体征和心功能的持续监测，通过上、下腔静脉压和肺动脉毛细血管压的监测，除有助于随时给予相应的处理外，还有助于了解手术效果。

2．有助于人工血管通畅的措施：应用低分子右旋糖酐，肠溶阿斯匹林，必要时应用肝素。

3．预防感染：除术后应用抗生素外，还应特别注意从引流管或输液管穿刺处引起的感染，要定时更换敷料。

4．主要并发症的处理：包括预防和纠正心功能不全，处理术后胸水

和腹水；防治肝昏迷和多器官功能衰竭等。

胆 石 症

胆石症是我国的一种常见病，发病率达10%左右。男女之比为2:1。胆囊结石与胆管结石之比为1.5:1。胆石分以下几种：

1. 胆固醇结石：质硬，表面光滑，淡灰黄色，胆固醇结石80%在胆囊中，X线检查不显影。

2. 胆色素结石：质软易碎，有的为泥沙样，棕黑或棕红色，75%分布在胆管中，X线检查多不显影。

3. 混合性结石：由胆固醇、胆色素、钙盐等组成，X线检查常显影。

【诊断要点】

(一)在不伴有感染、梗阻、嵌顿时，多无明显特异性表现。可有食欲不振、上腹不适、饭后胀满感、厌油腻等表现。

(二)多数可追问到既往发作病史及胆囊、胆道感染病史。

(三)胆囊结石：结石移动或在胆囊颈处嵌顿时，可有剧烈绞痛。常在进油腻食物或饱餐后发作。若无继发感染，数分钟、数小时后可自行缓解。继发感染，可有持续性右上腹痛、胆囊肿大，伴发热。

(四)胆总管结石：间歇性剑突下阵发性疼痛或绞痛。若有梗阻即并发热、黄疸，呈典型的Charcot三联征。

(五)肝内胆管结石：症状与病变范围、感染程度有关。可以无症状或肝区经常胀痛，肝脏有压痛和不对称肿大，若无胆管梗阻，可无黄疸，若继发感染，则有胆道感染症状。

(六)有继发感染时，白细胞增高。有黄疸时，尿胆红素呈强阳性，尿胆原阴性。血清黄疸指数、胆红素升高，凡登白试验呈直接阳性反应。也可有GPT升高。肝内、外胆管结石，均有不同程度的血碱性磷酸酶升高。

(七)特殊检查：

1. 肝胆区X线平片，部分病例可显示结石。

2. 口服胆囊造影或静脉胆道造影，可显示结石阴影。

3. B型超声波检查，探查胆道的管经胆囊有否肿大和结石。

4. 经皮肝穿刺胆道造影(PTC)或十二指肠镜胆道造影(ERCP)，对原因不明的梗阻性黄疸诊断、鉴别有重要价值。

(八)有黄疸时应与壶腹周围癌和传染性肝炎鉴别。

【治疗】

(一)进低脂饮食,服用利胆、保肝等中西药物治疗。

(二)发作时,应解痉止痛、抗炎、禁忌油饮食,静脉补液,纠正水、电解质平衡失调支持治疗,了解肝、肾、心、肺功能,并应测定出凝血时间、凝血酶原时间,并给予维生素K。

(三)手术治疗:

1. 结石限于胆囊者,行胆囊切除。

2. 胆囊、胆总管均有结石者,行胆囊切除、胆总管探查取石并行"T"形管引流。

3. 原发于肝内胆管结石者,取出肝内、外胆管内结石并解除梗阻后,可行胆管、十二指肠或空肠Roax - en - Y吻合内引流术。

4. 肝内胆管结石,局限于一侧肝内胆管,并且胆管有狭窄、肝组织有萎缩,可行肝叶或半肝切除。

5. 病情危重、伴有休克者,仅做胆总管切开,"T"形管引流。

【附】

(一)胆总管探查指征:

1. 胆总管内有结石、蛔虫。

2. 胆总管增粗、管壁增厚。

3. 有梗阻性黄疸史。

4. 胆囊内小结石或胆色素泥沙样结石。

5. 伴有胰腺病变——伴发过胰腺炎或腺体呈弥漫性炎症表现。

(二)拔除"T"形管指征:

1. 全身感染表现消退。

2. 引流胆汁量日渐减少,黄疸消退。

3. 胆汁内无脓絮状物、沉渣,比较清亮。

4. 试验性10～14d夹管后,患者无腹痛、发热、黄疸表现。

5. 经"T"形管造影,显示胆管内无残余结石,造影剂进入十二指肠通畅时,可夹管2～3d,若无不适,即可拔管。

急性胆囊炎

【病因】

(一)胆囊结石阻塞胆囊管,胆汁浓缩后,浓度高的胆盐损害胆囊粘膜上皮引起炎症。据统计,80%急性胆囊炎,胆囊内含有结石。

(二)致病菌逆行入侵。

(三)化学刺激:创伤致胆汁停滞、胆盐浓度升高或胰液反流。按病理分单纯性、化脓性、坏疽性及穿孔性4型。

【诊断要点】

(一)可有消化不良,右上腹隐痛或阵痛,厌油腻食物等慢性胆囊炎病史。

(二)上腹或右上腹阵发性绞痛或持续性钝痛。可放射至右肩或背部。

(三)恶心、呕吐、发热、寒战,感染严重时可有轻度黄疸。

(四)右上腹压痛、肌紧张、Murphy征阳性,有时可扪及肿大的胆囊。

(五)血液检查、白细胞增高,胆红素可升高。

(六)超声波检查、胆囊肿大,X线腹部平片右上腹偶可见结石阴影。

(七)应与溃疡病穿孔、急性阑尾炎(高位)、肝脓肿、右侧胸膜炎、右下叶肺炎相鉴别。

【治疗】

(一)单纯性急性胆囊炎可用非手术疗法,包括卧床休息、解痉止痛药物、抗生素等治疗。待炎症消退2～3个月,做胆囊造影,以拟定治疗方针。

(二)病情较重、胆囊明显肿大,估计胆囊颈部有结石嵌顿、伴有腹膜炎、胆囊积脓或穿孔等征象者,均应采取手术疗法。

(三)术前应输液纠正水、电解质紊乱及酸碱失衡。应用抗生素以控制感染。

(四)手术方式一般选择胆囊切除术。病情危重,术中解剖不清,可做胆囊造口术,待病情稳定后,再切除胆囊。

(五)术后继续抗感染、输液等全身治疗。并根据引流物多少及性质,决定腹腔内引流时间,一般为2～3d。

(六)胆囊造口引流管接消毒瓶内,每日观察胆汁引流量及性质。待急性炎症消退后,经引流管做胆囊及胆道造影,了解胆囊及胆总管内有无结石,胆总管通畅情况,如无异常,在手术第14d左右拔除引流管。

急性化脓性梗阻性胆管炎

急性化脓性梗阻性胆管炎是由于结石、蛔虫、肿瘤或狭窄等原因所造成的急性胆道完全梗阻和急性化脓性炎症所致。致病菌主要是大肠杆菌、变形杆菌等革兰阴性杆菌。由于高压的脓性胆汁逆行入肝实质,造成肝脏化脓性感染。更由于大量细菌和毒素进入血内,可导致败血症和感染性休克。

【诊断要点】

(一)多数患者可有胆石症、胆道蛔虫病史。

(二)上腹持续性疼痛或持续性疼痛伴阵发性加剧。

(三)高热、寒战、黄疸、恶心、呕吐。

(四)右上腹有压痛、肌紧张、局限性腹膜炎。

(五)病情进展快,不积极治疗,很快出现烦躁、神志模糊、谵妄、休克。死亡率高。

(六)白细胞明显增高,核左移,可有中毒颗粒。多有水、电解质失调和酸中毒。血培养为革兰阴性杆菌。

【治疗】

(一)纠正休克、酸中毒,改善微循环,积极抗炎和全身支持治疗,争取经短时间准备后及时手术解除梗阻。

(二)应积极预防急性肾功能衰竭和成人急性呼吸窘迫综合征的发生。

(三)手术治疗。胆囊切除和胆总管切开取石"T"形管引流术或胆管肠道吻合内引流术。若病情危重,不能耐受复杂手术时,手术要求简单、有效,解除梗阻后可仅做胆总管"T"形管引流术。

(四)术后应继续抗炎、抗休克治疗。

(五)仅做胆总管引流术,术后可行胆道造影,根据结果,再行Ⅱ期手术。

胰腺假性囊肿

胰腺囊肿有假性、真性以及肿瘤性3类。假性胰腺囊肿大多继发于急性胰腺炎，也可继发于闭合性腹部损伤。由于胰腺破裂，胰液刺激周围器官的腹膜，形成纤维性囊壁，但囊壁本身无上皮细胞，故称假性囊肿。

【诊断要点】

(一)有上腹外伤或急性胰腺炎病史，以后逐渐出现球形囊性肿块。

(二)上腹部疼痛、不适，疼痛多放射至腰背部，一般不剧烈，常有食欲不佳、食后腹胀、恶心、呕吐、消化不良、体重减轻。

(三)胰头部囊肿压迫胆总管下端时，可出现黄疸。囊肿破裂入腹腔，可形成"胰腺性腹水"，也可至腹膜炎。

(四)检查时可发现上腹部圆形光滑之肿块，有囊性感，无移动性，不随呼吸上下活动。

(五)X线检查：腹部平片有时可见胰腺钙化阴影，钡餐检查可见胃肠因囊肿压迫而移位、胃向前移动，十二指肠弧增宽，横结肠下移。

(六)B超、CT多能确定诊断。

【治疗】

(一)囊肿切除：只适用于胰尾粘连不严重的小囊肿。

(二)内引流：胃、囊肿吻合术；十二指肠、囊肿吻合术；空肠、囊肿吻合术。

(三)外引流：将囊肿切开吸净内容物，囊壁缝于腹膜及皮肤上，囊内置引流管，囊肿可缩小甚至愈合。但易形成长期不愈合之瘘管。对皮肤腐蚀，易形成水、电解质紊乱。

胰岛素瘤

胰岛素瘤多数为单发，也可为无数微小的肿瘤。瘤样呈圆形或卵圆形，多数直径在1～2.5cm，呈暗红色。一部分病例为恶性，进展后可转移。组织学检查显示肿瘤主要由B细胞构成，细胞内有分泌颗粒。

【诊断要点】

(一)发作时有低血糖，表现心悸、苍白、出汗、饥饿、乏力、震颤。

(二)经常发作可致抑郁、嗜睡、躁动、幻想、神志模糊、昏睡，以致昏

迷、癫痫症状。

(三)符合 whipple 三联征:发作时呈低血糖症状,发作时血糖低于2.6mmol/L;口服或静脉注射葡萄糖后症状缓解。

(四)激发试验检查阳性。

(五)多次测血糖最低可降至 2.2mmol/L 以下。

(六)胰岛素测定可定性,脾门静脉分段取血测定可定位。

(七)B 超、CT、选择性腹腔动脉造影,可显示直径>1cm 的肿瘤。

【治疗】

(一)低血糖发作时治疗:轻者进食糖水或糖果,重者静脉注射 50% 葡萄糖。必要时加用氢化可的松或胰高血糖素。

(二)根本治疗:手术切除肿瘤为治疗的根本措施。也可分段切除胰腺,同时监测血糖,胰腺切除不能超过85%。.

(三)药物治疗:可用氯苯甲噻二嗪、心得安、氯丙嗪等。

胰 腺 癌

胰腺癌是常见消化系统恶性肿瘤之一。组织学分型以导管细胞癌为多见,其余为腺泡细胞癌、多形性腺癌、纤毛细胞癌。癌肿位于胰腺头部较多。胰导管细胞癌的浸润生长较快,在胰腺内分布较广。转移方式有淋巴及血行转移、直接蔓延、腹膜播种。可继发慢性胰腺炎症、阻塞性黄疸,腹水形成,静脉血栓形成。

【诊断要点】

(一)上腹或左上腹隐痛,闷胀,进行性加重,可放射至腰背部,进行性消瘦,可有梗阻性黄疸。

(二)部分病例胆囊肿大、肝肿大,有的胰腺部位可扪及肿块。

(三)B超、CT 检查,可明确肿块的部位,用 ERCP 检查可见胰管受压狭窄或造影剂漏出管外。X 线钡餐检查晚期患者,可见消化道受压移位等间接影像。

(四)B超引导针吸细胞学检查,可能明确诊断。

【治疗】

(一)以手术治疗为主,有切除术和支持性手术 2 种。

(二)胰腺癌切除术,胰头癌应施行胰、十二指肠切除术,胰体癌应施

行胰体尾部及脾切除术。弥漫性胰腺癌应施行全胰、十二指肠切除术。

(三)支持性手术,胰腺癌广泛转移,为解除黄疸,可施行总胆管(或胆囊)与空肠(或十二指肠)吻合。发生十二指肠狭窄者,可施行胃空肠吻合术。

(四)化疗:常用氟尿嘧啶、丝裂霉素、长春新碱等。

壶腹周围癌

壶腹部癌的患者大多数年龄在40~70岁,多见于男性。其临床表现颇似胰头癌,其切除率和5年生存率都高于胰头癌。肿瘤生长在十二指肠乳头或胆总管壶腹,呈硬结状、息肉状、溃疡或浸润性肿块。转移方式有直接蔓延、区域淋巴结转移、肝转移。

【诊断要点】

(一)进行性梗阻性黄疸,皮肤瘙痒,大便灰白,上腹隐痛,可向背部放射,胆囊及肝肿大,少数黄疸可波动。

(二)饱胀、消化不良、食欲不振、消瘦、贫血、大便潜血常阳性。

(三)可并发胆道感染或胆绞痛。

(四)B超、CT、PTC、ERCP有助于诊断。

(五)B超引导或术中针吸细胞学检查可明确诊断。

【治疗】

同胰腺癌治疗。

类　　癌

起源于粘膜腺管的嗜铬细胞,能分泌具有生物活性的多肽类激素和神经介质,生长缓慢,多为良性,部分恶性。可有局部淋巴结和肝转移,此时可出现类癌综合征。90%类癌发生在消化道尤以阑尾、回肠末端、直肠多见。偶尔可发生于支气管、甲状腺、卵巢和睾丸。

【诊断要点】

(一)阑尾类癌表现为阑尾炎症状。

(二)其他消化道类癌可有腹痛、消化道出血、腹部肿块及肠道梗阻症状。

(三)部分病例可出现类癌综合征,如阵发性皮肤潮红、水样腹泻、哮

喘、心脏瓣膜病变(炎性、纤维化和狭窄)、肝脏肿大(质硬,可扪及结节)。

(四)实验室检查:

1. 血内血清素含量升高(正常为0.1~0.3mg/L)。

2. 24h尿血5-羟吲哚乙酸>15mg(正常不超过9mg/d);血浆5-羟色胺浓度>0.5~3mg/L。

【治疗】

(一)早期彻底切除原发灶和转移灶。

(二)直径小于1cm、无淋巴结转移者,可做局部切除;1~2cm以内、局部无浸润者,可做扩大切除;直径>2cm、局部有浸润者,应根治性切除。

(三)肝内转移瘤可做部分肝或肝叶切除,亦可结扎或栓塞肝动脉。

(四)药物治疗控制全身症状。用二甲麦角新碱、赛庚啶、甲基多巴、强的松等。

(五)化学治疗药物可选用氟尿嘧啶、呋喃氟尿嘧啶、链脲霉素、阿霉素、环磷酰胺等。

血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎是一种累及血管的炎症和闭塞性疾病。主要侵袭下肢的中小动、静脉。好发于男性青壮年。病因可能与吸烟、寒冷、感染、激素和血管神经调节障碍有关。受累动脉发硬而缩窄,有广泛的内皮细胞、成纤维细胞增生和淋巴细胞浸润,管腔内有血栓形成。

【诊断要点】

(一)发病年龄在40岁以下,几乎均为男性,多有吸烟史。

(二)局部缺血期:患肢发凉、麻木、酸胀,行走后腓肠肌抽搐、疼痛,休息后缓解(间歇性跛行)。部分患者伴游走性静脉炎,足背动脉或胫后动脉搏动减弱或消失,肢体位置试验(Buerger试验)可阳性。

(三)营养障碍期:患侧足趾持续性疼痛,夜间更甚(休息痛)。皮肤苍白、干燥、动脉搏动消失。

(四)坏死期:疼痛难忍,自趾端开始干性坏疽、脱落、继发感染可呈湿性坏死。

(五)应与闭塞性动脉硬化症、糖尿病性坏疽、动脉栓塞、大动脉炎、

Raynaud 病及冻伤鉴别。

【治疗】

(一)绝对禁烟。局部保暖。防止外伤。做 Buerger 运动、促进侧枝循环。

(二)应用扩张血管药物,如妥拉苏林、烟酸、罂粟碱、硫酸镁、毛冬青等。

(三)低分子右旋糖酐静脉滴注,可改善微循环,防止血栓形成。

(四)止痛,可选用普鲁卡因穴位注射、静脉封闭、腰总神经或腰交感神经节阻滞或连续硬膜外麻醉。

(五)高压氧治疗,可增加组织的供氧,减轻疼痛及坏死。

(六)手术治疗:

1. 腰交感神经节切除术。

2. 旁路转流术或动脉内膜剥除术。

3. 截肢(趾)术。

(七)中医治疗:

1. 寒湿:症同前述。患肢发凉、皮肤苍白者,用阳和汤合独活寄生汤。

2. 血瘀:症同前述。患肢青紫、夜间痛甚者,用桃红四物汤加乳香、没药、王不留行、延胡索。

3. 热毒:症同前述。随病情发展,患肢足趾坏死、脱落,形成慢性溃疡者,用四妙勇安汤合解毒济生汤加减。

4. 气血两虚:病久体弱,用人参养荣汤加减。

(八)针灸治疗:

1. 体针:取血海、足三里、解溪,配申脉、照海、三阴交、昆仑、太溪。

2. 耳针:交感、心、肾、皮质下、内分泌、趾、跟。

3. 刺血:取委中、腰俞。配足背局部穴位。

4. 穴位注射:参见体针取穴,用维生素 B_1 或当归注射液。

(九)单验方:

1. 桂枝、附片、伸筋草、苦参各 15g,水煎趁热洗患肢。适用于营养障碍期。

2. 一枝黄花、虎杖各 15g,苦参、黄柏各 12g,救必应 15g。共研末,用

4 000ml 开水冲药浸洗。适用于坏死期。

3. 蒲公英 30g，苦参、黄柏、连翘、木鳖子各 12g，白芷、丹皮各 9g，赤药 15g，生甘草 9g。煎洗患肢。适用于热毒及气血两虚者。

下肢静脉曲张

下肢静脉分深、浅 2 组：深组位于肌肉间，与动脉相邻；浅组静脉位于皮下，主要是大隐静脉和小隐静脉。起病原因为静脉瓣膜功能不全、静脉壁薄弱和静脉内压力升高，且起着相互影响的作用。当大隐静脉和股静脉连接处的大隐静脉瓣遭到破坏而关闭不全后，就可影响远侧和交通静脉的瓣膜，甚至影响小隐静脉。

【诊断要点】

(一)久站后小腿酸胀、隐痛、乏力。

(二)下肢，尤其在小腿浅静脉扩张、卷曲、隆起。

(三)小腿及踝部皮肤可有色素沉着，内踝及其以上皮肤可有湿疹或慢性溃疡。

(四)Trendelen burg 试验及 perthes 试验。以检查大隐静脉瓣膜和交通支瓣膜的功能以及深静脉是否通畅。必要时可做深静脉造影。

(五)应除外因妊娠子宫、盆腔肿物压迫及下肢动静脉瘘所致。

【治疗】

(一)轻度曲张而无症状者，可使用弹力护腿，防止发展。

(二)重度曲张或有症状者，可行大(小)隐静脉高位结扎和剥脱术。但有深静脉阻塞、急性静脉炎、小腿溃疡伴急性感染及妊娠等为手术禁忌。

(三)术后遗留或局部曲张的静脉，可用 5% 鱼肝油酸钠液 1～2ml，注入已排空的曲张静脉内，加压包扎，使其硬化。

(四)中医治疗：症同前述。早期除避免久站，抬高患肢或增加患肢肌肉舒缩等外，还可按中气下陷辨证，用补中益气汤(丸)治疗。若有红、肿、热、痛时，可加服通经活血丸、四妙勇安汤合萆薢渗湿汤。后期出现溃疡(臁疮)者，可用三妙散合萆薢化毒汤加减。疮面可用黄液冲洗，用白糖铺满溃疡面，然后用胶布做叠瓦状贴紧，3～5d 换药 1 次。

(五)针灸治疗：

1．体针：取太渊、足三里、阴陵泉、承山、三阴交及病变部位阿是穴。

2．耳针：取神门、交感、肾上腺、膝、踝。

第二节　神经外科

头皮损伤

头部外伤的发生率仅次于四肢，占全身各部外伤的第2位。外力首先接触头皮，常引起头皮擦伤、挫裂伤，甚至出现头皮血肿和撕脱伤。

【诊断要点】

（一）有确切的头部外伤病史，头皮损伤的部位在着力点及其附近区域。

（二）伤后立即可见到局部头皮损伤表现，如有头皮擦痕、出血、渗液、裂开和肿胀等。

（三）有头皮血肿者，头皮常保持完整性或仅有表皮擦伤。根据血肿出现的深浅，分为皮下血肿、帽状腱膜下血肿和颅骨骨膜下血肿。损伤的头皮局部肿胀、隆起及触之有波动感。皮下血肿范围较小，触之似有凹陷感；帽状腱膜下血肿一般范围较大，常延及半侧甚至全头部；骨膜下血肿多数伴有颅骨骨折，局限于颅骨缝之间。

（四）头皮撕脱伤多因辫子卷入转动机器中，使大块头皮自帽状腱膜下层或连同颅骨骨膜被撕脱，造成大量失血和伤口剧痛，常出现休克。

（五）皮下血肿周围组织肿胀增厚，触之好象有凹陷感，易误诊为凹陷性颅骨骨折，必要时可借助X光片加以区别。

【治疗】

（一）头皮擦伤应及时清洁，消毒创面，灭菌敷料覆盖，亦可局部外涂龙胆紫、红汞液等，采取暴露疗法。

（二）头皮裂伤原则上要在伤后6～8h内清创缝合。伤口污染不重时，清创缝合术可放宽至24h以内。

（三）头皮血肿的治疗应视具体情况而定。皮下血肿一般不需特殊治疗，靠自然吸收而治愈。出血量较大的帽状腱膜下血肿须在严格消毒下

穿刺抽血，而后加压包扎。当效果不好、血肿继续增大者，可采取手术止血法，局部放置引流物并包扎。适当使用止血剂。骨膜下血肿因多数兼有颅骨骨折，要特别注意颅内出血。

（四）头皮撕脱伤能早期出现休克，应及时采取抗休克治疗。无菌敷料包扎创面，待病情稳定后与撕脱之头皮一起转运至有条件医院治疗。

（五）有头皮破损者，要及时应用破伤风抗毒素，预防发生破伤风。

颅盖骨折

颅盖骨折多由直接暴力所致，根据颅骨骨折形式，分为线形骨折、凹陷骨折和粉碎性骨折。

【诊断要点】

（一）除了开放性颅骨骨折因能直接观察到骨折而可做出诊断外，主要依靠头颅X线摄片确定诊断。

（二）骨折线可单发或多发，多发者可能有几条骨折线孤立发生于几处，亦可相互交错集中于一处，局部常伴有头皮损伤的表现。

（三）颅骨凹陷性骨折，颅骨X线片显示全层或内板下陷，碎骨折片陷入颅内，引起脑组织受压或产生脑挫裂伤，出现局灶定位体征，如偏瘫、失语或癫痫等。

（四）粉碎性骨折，X线平片上可见骨折线呈星形放射状，常出现凹陷骨折，具有线状骨折和凹陷骨折两者的表现。

【治疗】

（一）对于单纯的颅骨线形骨折无须特殊处理。在颅骨平片上，骨折线通过硬脑膜中动脉沟或静脉窦时要警惕发生硬脑膜外血肿的可能。

（二）凹陷性骨折深度超过0.5cm以上伴有脑压迫症状，使颅内压增高出现神经系统体征或癫痫时，应早期手术整复凹陷骨折或摘除碎骨片。涉及大静脉窦区的骨折，如果未引起神经体征或颅内压增高，不考虑手术治疗。需要手术者，要特别警惕发生难以制止的大出血。

（三）开放性骨折应及早清创手术，对于粉碎性骨折片，因伤口污染易致感染，要全部取除之。硬脑膜破裂应给予缝合或修补。

颅底骨折

颅底骨折常因间接外力作用所引起。当自高处跌下颅顶部或臀部先着地，外力自脊柱传至颅底部引起骨折。颅盖部骨折线也可以直接延续至颅底部致骨折。

【诊断要点】

(一)具有头部脊柱或臀部外伤史。

(二)常伴有不同程度的原发性脑损伤，如脑震荡和脑挫裂伤。

(三)皮下瘀血斑症：前颅窝骨折在伤后 1～2d 眼眶皮下、球结膜下、睑结膜等处出现紫蓝色瘀血斑。中颅窝骨折者在乳突区皮下出现瘀血斑。后颅窝骨折瘀血斑常位于枕部皮下或咽喉粘膜下部位。

(四)脑脊液外漏：颅底硬脑膜与骨质联系紧密，颅底骨折时硬脑膜随即破裂，故易引起脑脊液漏。脑脊液鼻漏由前颅底筛板骨折或中颅窝颞骨锥体骨折引起。脑脊液从内耳通过耳咽管排至鼻咽部。若颞骨锥体骨折，同时有外耳鼓膜破裂则出现脑脊液耳漏。

(五)颅底骨折属于开放性颅脑损伤，故颅内可有积气现象，称为气颅。

(六)颅神经损伤：依据骨折部位的不同，可表现出不同的颅神经损伤，出现相应临床表现。

(七)X线拍片有时不能显示骨折线，故其诊断应以临床体征来判断。

【治疗】

颅底骨折一般不需手术处理，应住院对症治疗。治疗原则如下：

(一)及时处理伴发的脑损伤。

(二)应用抗生素和破伤风抗毒素，预防颅内感染和破伤风。

(三)忌做腰椎穿刺术。

(四)有脑脊液外漏者不宜冲洗、填塞或插胃管等。

(五)脑脊液外漏 3 周不闭合者，应行硬脑膜修补术。

脑 震 荡

脑震荡系指头部外伤后出现大脑皮层一过性的功能障碍。是最常见的急性闭合性颅脑损伤之一。

【诊断要点】

(一)有明确的头部外伤史,多数情况都有受伤部位的头皮损伤。

(二)伤后立即发生意识丧失,亦称为原发性昏迷,持续时间有数秒钟、数分钟,但最长不超过半小时。清醒后常有近事健忘症,不能忆起受伤当时情况。

(三)神志恢复过程中有躁动、谵妄或兴奋现象。醒后常诉头痛、头晕、恶心、呕吐、耳鸣、无力等症状。

(四)生命体征平稳,神经系统检查无异常。

(五)腰椎穿刺:脑脊液压力和各种化验均在正常范围,脑电图检查多属正常。

【治疗】

(一)伤后短时间内可留院观察。密切注视意识、瞳孔、肢体活动以及生命体征变化。

(二)急性期患者诉头晕、头痛较重时,嘱卧床休息,对症治疗。

(三)对于思想顾虑较大的患者,应做好耐心解释工作,使其配合治疗,树立战胜疾病的信心。

脑挫裂伤

脑挫裂伤指头部在暴力撞击的部位或其对侧或脑深部结构所产生的脑组织挫伤和裂伤。因脑挫伤和脑裂伤常同时存在,故又统称为脑挫裂伤。

【诊断要点】

(一)头部外伤后立即出现昏迷,时间超过20min,长者可持续数小时、数天、数周甚至数月以上。

(二)伤后迅速出现脑和颅神经损害的症状,如偏瘫、失语等。

(三)脑挫裂伤必然会有脑水肿存在,其程度与脑挫裂伤轻重有关,最终会导致颅内压增高,表现为恶心、呕吐、烦躁、生命体征可有不同程度的改变。

(四)脑挫裂伤不可避免地出现蛛网膜下腔出血,表现为脑膜刺激症状。腰椎穿刺脑脊液呈血性并压力增高。

(五)头颅X线摄片可有或无颅骨骨折,CT检查有脑挫裂伤表现,有

确定诊断的价值。

【治疗】

(一)轻度的脑挫裂伤临床治疗同脑震荡的治疗，以对症治疗为主。

(二)对出现休克的脑挫裂伤患者，应积极抗休克治疗，寻找休克病因，特别应检查有无胸腹脏器损伤。

(三)有昏迷者应及时吸痰，保持呼吸道通畅，必要时气管切开。

(四)当因脑水肿引致颅内高压者，除限制入水量外，应用甘露醇、激素、速尿注射液针等降低颅内压力。

(五)药物治疗无效，病情有加重趋势者，要积极行开颅内外减压术。

(六)外伤性蛛网膜下腔出血患者，若伤后数日脑膜刺激症状仍比较明显时，可反复腰穿以清除血性脑脊液。

(七)昏迷时间长的患者，插胃管鼻饲饮食，维持营养，做好预防褥疮护理。

脑干损伤

脑干损伤常发生于重度颅脑损伤。头部受到直接或间接外力作用，脑组织在颅腔内移动，脑干与小脑幕游离缘、斜坡和枕骨大孔缘相撞击而致伤。

【诊断要点】

(一)伤后立即出现时间长程度深的昏迷，很少有中间清醒或好转期。

(二)瞳孔大小不等、多变、极度缩小或扩大，也可有眼球位置异常。

(三)表现交叉性麻痹、去大脑强直状态，一侧或双侧锥体束征阳性。

(四)早期出现呼吸、脉搏、血压、体温等生命体征的变化。

(五)病程较长，一般需数月或呈持续植物状态。

(六)本病死亡率较高，一部分患者有恢复的可能性，但一般都有严重的后遗症。

【治疗】

(一)脑干损伤治疗原则上同重度脑挫裂伤。有中枢性高热者及时给予物理降温，效果不好时可用冬眠疗法。

(二)对于生命体征尚平稳的昏迷患者，应用胞二磷胆碱、脑活素、克脑迷等药物，以改善脑组织代谢，促进意识恢复。

(十)患者清醒后加强语言及肢体功能锻炼。

丘脑下部损伤

丘脑下部损伤是外伤引起的脑深部损害的一种严重病症。它是一种特殊类型的脑挫裂伤。

【诊断要点】

(一)脑挫裂伤患者伴有明显丘脑下部功能紊乱。昏迷、高热持续不退或低体温、呼吸循环障碍、瞳孔异常及泌汗障碍。

(二)有些患者出现尿量增加,称为尿崩症。24h 尿量达几千或上万毫升,尿化验相对密度低。常伴用消化道出血,有时伴有末梢循环障碍。

【治疗】

(一)丘脑下部损伤治疗基本同脑干损伤的治疗。

(二)有消化道出血表现,如呕血和便血,应及时应用止血和甲氰咪胍等药物。

(三)对于有尿崩症的患者,因会引起严重脱水和电解质紊乱,应注意及时纠正。

硬脑膜外血肿

硬脑膜外血肿系指颅脑损伤后颅内出血积聚于硬脑膜外腔内。以急性者多见,其发生率在闭合性颅脑损伤中占 2%－3%,占颅内血肿的 25%－30%。

【诊断要点】

(一)有头部外伤病史,常发生于直接暴力打击伤。

(二)多数患者伤后立即昏迷,一般情况这种原发性昏迷持续时间较短,之后出现中间清醒期。也有缺乏原发性昏迷者,表现为伤后持续昏迷者较少见。

(三)有颅内压增高的症状,如剧烈头痛、呕吐、烦躁不安等,最终难免出现脑疝。

(四)血肿位于运动区和其附近部位时,出现中枢性面、舌瘫、肢体偏瘫及失语等。

(五)X线头颅拍片:骨折线多数通过颅骨的血管沟。超声波检查颅

中线波向健侧移位。

(六)脑 CT 检查能确定诊断。

【治疗】

(一)临床上怀疑有硬脑膜外血肿发生时,应快速静脉推注 20% 甘露醇 250～500ml。生命体征平稳后,尽快转到有开颅条件的医院诊治。

(二)行开颅手术清除血肿时,对硬脑膜中动脉主干或分支出血者,用电凝、银夹或者缝扎止血。有静脉窦损伤时,采用肌肉、筋膜或明胶海绵止血,条件许可时最好采取修补术。

(三)对于已出现脑疝者,尤其较晚期者,手术清除血肿后常需去掉颅骨骨瓣行外减压术。

(四)硬脑膜外血肿清除后颅内压仍高时,应切开硬脑膜探查硬脑膜下或行脑穿刺术,防止遗漏多发性血肿。

急性硬脑膜下血肿

硬脑膜下血肿为颅内出血血液积聚于硬脑膜下腔。是最常见的一种颅内血肿,占闭合性颅脑损伤的 5%～6%,占颅内血肿的 50%～60%。

【诊断要点】

(一)急性硬脑膜下血肿系指伤后 3d 内出现血肿症状,约占此类血肿的 70%。

(二)发生于脑挫裂伤基础上,故使原发脑损伤症状逐渐增重。

(三)颅内压增高症状明显,易发生脑疝。

(四)一般伤后昏迷时间较长或者呈持续昏迷,一般无中间清醒期,但可有中间意识好转期。

(五)脑血管造影可发现无血管区,脑血管受压移位。

(六)脑 CT 检查能迅速做出诊断。

【治疗】

(一)积极治疗原发脑损伤,应用脱水剂、利尿剂和激素等。

(二)严密观察病情变化,及时记录生命体征指标。

(三)开颅血肿清除术,解除脑受压。血肿清除后,颅压仍高时附以内外减压术。

(四)严密观察生命体征的变化,保持呼吸道通畅,及时纠正水、电解

质紊乱。

（五）术后生命体征平稳，但仍昏迷不醒时，可使用醒脑剂药物等。

（六）选择应用抗生素，预防感染。

慢性硬脑膜下血肿

慢性硬脑膜下血肿在伤后3周以上出现血肿症状。临床上并非少见，约占硬脑膜下血肿的1/4。

【诊断要点】

（一）有头部外伤病史，常较轻微；或者已遗忘外伤史。最常见于老年人，以男性占多数。

（二）有颅内压增高症状，如头痛、恶心、呕吐、复视、视神经乳头水肿等，易与颅内肿瘤混淆。

（三）常表现有智力精神障碍、记忆力减退、理解力差、智力迟钝、精神失常，易误诊为神经官能症或精神病。

（四）有局灶性症状，如肢体轻偏瘫、失语、同向偏盲、局灶性癫痫等，应注意与脑血管病或脑肿瘤鉴别。

（五）CT脑扫描可确定诊断，在颅骨内板下方显示有范围较大的"新月形"低密度区，脑室及中线结构受压移位。

【治疗】

（一）非手术疗法：本病为慢性进行性颅内压增高病变，有人主张用大剂量甘露醇治疗，可以缓解症状，但远期疗效尚待观察。

（二）手术疗法：

1．颅骨钻孔闭式引流术：为临床上最常采用的方法之一。经过在血肿最厚处颅骨上钻孔，引流并冲洗血肿。此法简便，损伤小，安全可靠。应注意无菌操作，预防感染。

2．骨颅开颅血肿摘除术：此法损伤较大，但疗效可靠。适应证应限于以下几种情况：

（1）血肿引流不能治愈者。

（2）血肿内为大量凝血块。

（3）血肿壁厚引流后脑组织不能膨起者。本法可以全部切除血肿囊壁，治愈率较高。但较引流术损伤大。

脑内血肿

外伤性脑出血积聚在脑组织内者称为脑内血肿。占闭合性颅脑损伤的0.5%--1%，约占颅内血肿的5%，一般以出血量在20ml以上为标准。

【诊断要点】

(一)有比较重的头部外伤史，伤后原发性昏迷时间长，中间清醒好转期较少见。呈持续性昏迷或昏迷逐渐性加深。

(二)伤后立即出现脑挫裂伤的定位体征，并且逐渐加重或者有新的体征出现。

(三)颅内压增高症状明显，如头痛、呕吐、烦躁不安等，得不到控制时易发生脑疝，危及生命。

(四)脑血管造影显示脑内占位征象，缺乏无血管区。脑CT扫描可明确显示脑内高密度块影，脑室系统移位和变形程度，血肿是否破入脑室，以及脑挫裂伤的轻重。

【治疗】

(一)诊断明确的脑内血肿原则上应采取手术治疗，开颅清除脑内血肿，视具体情况决定是否行减压术。

(二)临床怀疑脑内血肿应结合损伤机理和临床表现，在血肿可能的部位进行探查，防止遗漏血肿。

(三)术中发现脑压高时，应行脑组织穿刺，发现脑实质内血肿。

(四)在清除脑内血肿时，若发现血肿已破入脑室，应沿破口进入侧脑室清除脑室内血肿，术后需行脑室持续外引流，至引流出清亮脑脊液时拔除引流管。但应注意无菌操作，应用抗生素预防感染。

颅后窝血肿

颅后窝血肿常见于枕部着力伤，占闭合性颅脑损伤的0.5%，约占颅内血肿的5%。以急性血肿多见，亚急性血肿次之，慢性血肿少见。枕部着力发生枕骨骨折时，骨折线常损伤横窦、窦汇和枕窦，出血聚积在硬脑膜外间隙，骑跨横窦形成硬脑膜外血肿，偶尔发生硬脑膜下血肿和小脑脑内血肿。

【诊断要点】

(一)枕部着力点可见头皮伤痕,如有皮肤擦挫伤或血肿,伴有枕下部或乳突部迟发性瘀血斑。

(二)急性血肿患者伤后意识障碍时间较长,昏迷程度逐渐加深,或有中间意识好转期,亚急性或慢性血肿患者常见有中间清醒期。

(三)颅内压增高症状突出,除有剧烈头痛、频繁呕吐、烦躁不安外,常有血压升高、颈项强直、强迫头位等,亚急性和慢性血肿多数出现视神经乳头水肿。

(四)有小脑损伤者,出现眼球震颤、共济失调和肌张力减低等体征。

(五)X线颅骨拍片常发现枕骨骨折,CT脑扫描对本病有确诊价值。

(六)颅内压增高得不到妥善处理时,必然发生枕骨大孔疝,突然呼吸停止,继之心跳停止。

【治疗】

(一)颅后窝血肿应首选手术治疗,及时清除血肿。

(二)临床上怀疑有本病时,应尽早开颅探查。

(三)颅后窝血肿常伴有额、颞叶脑挫裂伤或血肿,应引起重视,必要时及时钻孔探查。

多发性颅内血肿

多发性颅内血肿指颅内同时存在2个以上的血肿,约占颅内血肿的20%。根据血肿的部位和位置深浅,分为3种类型:

1. 不同部位同一类型血肿。

2. 同一部位不同类型(混合型)血肿。

3. 不同部位不同类型血肿。

【诊断要点】

(一)此类外伤血肿受伤机制复杂,伤后一般比单发颅内血肿病情严重,持续性昏迷时间或程度逐渐加重。

(二)颅内压增高症状突出,可早期出现脑疝,死亡率极高。

(三)脑血管造影、颅脑超声波检查有助诊断,CT脑扫描诊断此类血肿有极大的优越性

【治疗】

(一)对确诊或疑诊多发性颅内血肿患者,应积极手术探查,结合着力部位和着力方式综合分析,增加颅骨钻孔,防止遗漏血肿。

(二)当清除1个血肿后,若颅内压仍很高、脑膨出明显时,应再行钻孔,寻找其他处的血肿。

(三)清除血肿后患者情况一度好转,不久又出现新的症状时,应及时CT复查或直接手术探查,发现血肿予以清除。

(四)术后要给予适当的脱水剂、激素等药物治疗脑水肿,控制颅内压增高,纠正电解质紊乱等综合治疗。

迟发性颅内血肿

迟发性颅内血肿指在对颅脑损伤患者的首次检查和手术(如脑血管造影、CT扫描及开颅手术等)时均未发现血肿存在,经过数日、数周后,由于损伤部位脑血管受损的生理病理变化而形成的血肿。此类血肿并非外伤直接损伤脑血管所产生的颅内血肿。

【诊断要点】

(一)有脑外伤病史,伤后有一阶段临床好转或稳定期,数日或数周后又逐渐出现颅内压增高或定位体征。

(二)伤后第1次脑血管造影和CT检查无血肿,而CT复查时发现了新的颅内血肿存在。多次CT检查对本病的诊断有绝对的价值。

【治疗】

迟发性颅内血肿易被误诊,其治疗效果与确诊时间和是否及时治疗有关。所以本病一经诊断,应及早手术治疗,清除血肿,去除骨瓣减压,多数恢复良好。

外伤性硬脑膜下积液

外伤性硬脑膜下积液又称外伤性硬膜下水瘤,发生率占外伤性颅内血肿的10%。头部外伤时造成蛛网膜撕裂,脑搏动驱使脑脊液不断地通过有单向阀门作用的蛛网膜破口进入硬脑膜下腔,形成张力性囊肿。

【诊断要点】

(一)外伤性硬脑膜下积液,临床经过与硬脑膜下血肿相似。急性期

患者出现头痛、恶心、呕吐等颅内压增高症状，亚急性和慢性期患者出现视力模糊、复视和视乳头水肿等。

（二）根据积液的部位和量多少的不同，可出现不同程度的脑受压表现，如偏瘫、失语、朦胧、定向力障碍、精神异常等，严重时出现脑疝症状。

（三）CT脑扫描检查显示脑表面"新月形"的低密度区，应注意与硬脑膜下血肿鉴别。

【治疗】

（一）硬脑膜下积液量较少时，可首先采取保守疗法，口服利尿剂，如乙酰唑胺等，有时效果也很满意。但应注意补钾，以防引起电解质紊乱。

（二）急性期硬脑膜下积液，颅内压增高症状明显，有脑受压表现时，必须行开颅术，切开硬脑膜和蛛网膜，放出大量积液，解除脑受压，以利脑组织膨起，多能顺利治愈。

（三）慢性硬脑膜下积液，治疗同慢性硬膜下血肿。应采用闭式引流方法，一般引流2～3d即可治愈。如已形成较厚囊膜，影响脑组织膨起时，宜手术切除囊膜或行分流术治疗。

小脑幕切迹疝

当颅内有占位性病变存在时，其周围压力升高，脑组织由高压区向低压区移位，推移的脑组织通过小脑幕切迹向幕下，压迫脑干及其周围重要结构，称为小脑幕切迹疝。

【诊断要点】

（一）在小脑幕切迹疝发生之前，原有的颅内压增高的症状更加突出，如剧烈头痛、频繁呕吐和烦躁不安等。

（二）意识由清醒或嗜睡转为浅昏迷以至深昏迷，对外界的刺激反应迟钝或消失。

（三）两侧瞳孔逐渐变为不等大，初起时病侧瞳孔缩小，对光反射减弱，之后瞳孔散大，形状不规则，直接和间接对光反射消失，还可有眼睑下垂、眼球外斜等。脑疝病因不能及时解除，终将出现双侧瞳孔散大，光反应消失。

（四）初起时瞳孔散大的对侧肢体表现为运动减少或消失。脑疝继续发展压迫脑干时，引起四肢肌张力减低或出现角弓反张状态，称为去大脑

强直。

（五）脑疝晚期则出现血压、脉搏、呼吸、体温等生命体征的改变，最后呼吸停止、血压下降、心跳停搏而死亡。

【治疗】

（一）临床判断已发生脑疝时，应立即静脉注射20%甘露醇1～2g/kg体重；颈动脉穿刺推注60～80ml甘露醇，迅速降低颅内高压，暂时缓解病情。

（二）抓紧时机进行必要的检查，尽快明确病变的性质和部位，CT检查常能迅速准确的提供病因诊断。

（三）根据具体情况，进行病因治疗，手术切除颅内占位病变或脑室外引流术等。

枕骨大孔疝

颅内存在有颅内压增高的病因，尤其是后颅窝病变时，使幕下的小脑扁桃体及延髓经枕骨大孔被挤向椎管内，称为枕骨大孔疝。

【诊断要点】

（一）枕骨大孔疝与小脑幕切迹疝不完全相同，在疝发生之前，其意识变化、瞳孔的散大常不明显。突出的表现是难以忍受的剧烈头痛及反复呕吐。

（二）由于枕骨大孔疝引起延髓受压迫，患者往往采取保护性体位：头部后仰，颈项强直。此时应禁忌腰椎穿刺。

（三）可以突然出现呼吸骤停，而后进入昏迷，双侧瞳孔散大，心跳停止而死亡。

【治疗】

枕骨大孔疝的治疗同小脑幕切迹疝。

颈内动脉海绵窦瘘

某种原因使颈内动脉海绵窦段受到损伤，动脉血液经损伤破口直接流入海绵窦内，即形成颈内动脉海绵窦瘘。本病分为外伤性和自发性2种，以外伤性占多数。

【诊断要点】

（一）多数病例有外伤史，常见于头部受到挤压伤，产生颅底骨折，颈内动脉海绵窦段直接或间接受到损伤。

（二）颅脑外伤后逐渐出现伤侧眼球突出，伴有与脉搏一致的波动，眼结膜及眼睑静脉曲张和水肿，甚至眼睑不能闭合、球结膜出血、眼眶周围及面额部静脉怒张。

（三）触诊突出的眼球可有震颤，患侧额部、眶部、颞部可听到血管杂音，以收缩期更增强。压迫患者颈总动脉，杂音消失或减轻，压迫对侧杂音仍存在。

（四）动眼神经，滑车神经，三叉神经第1、2支和外展神经，均可因海绵窦内高压而受到压迫，以致眼静脉回流受阻，产生眼球运动障碍、视神经水肿或萎缩、视力减退等。

（五）双侧瘘者两眼同时或先后出现上述表现。

（六）单侧或双侧颈动脉造影可确定瘘口的位置和血液循环情况。

【治疗】

（一）颈总动脉压迫试验：患者仰卧，于其甲状软骨上缘平面，将患侧颈总动脉压迫在颈椎横突上，当颞浅动脉搏动消失时，表明压迫有效。每次压迫5～10min，逐渐增加至0.5h，每日压迫2～3次。

（二）根据瘘的具体情况和技术条件，可分别选择采用颈部结扎颈动脉，孤立手术以及各种栓塞术。

（三）显微神经外科的进步，为直接打开海绵窦寻找瘘口，行缝合或修补成为可能。此种方法要求有优良的设备条件，熟练的技术和熟悉的解剖知识。

颅内低压综合征

颅内低压综合征是由各种原因引起的脑脊液压力低于正常值而产生的一系列临床症候群。又称位置性头痛、脑脊液低压征。

【诊断要点】

（一）临床表现有头痛、头晕、恶心、呕吐、乏力、虚弱、厌食、脉搏细弱和血压偏低等。

（二）卧位或头低位症状减轻或消失，坐位或起立时症状加重。

(三)腰椎穿刺:脑脊液压力低于 784.5Pa(80mmH_2O)。

(四)神经系统检查无阳性体征。

【治疗】

(一)嘱患者平卧或头低脚高卧位,以减轻症状。

(二)停用各种脱水剂、利尿剂、激素等药物,减轻颅内压进一步降低。

(三)静脉补充生理盐水(1 000~2 000ml/d),增加饮水量,均可使脑脊液分泌量增加。

(四)症状较重者,可行腰穿鞘内注射蒸馏水,每次 10~15ml,1 次/d;或鞘内注入过滤空气,刺激脑脊液分泌。

(五)适当使用脑血管扩张剂,降低血管阻力,增加脑血流,促进脑脊液的生成。

脑外伤后综合征

本病指颅脑损伤后,患者可遗留某些神经方面或精神方面障碍的表现,又称颅脑外伤后综合征、脑震荡后遗症、脑外伤后神经症、脑外伤后神经衰弱或脑外伤后神经官能症等。

【诊断要点】

(一)有颅脑损伤病史,多数患者伤后有不同程度的器质性脑损伤,如肢体瘫痪、失语、感觉障碍、颅神经障碍、精神症状以及智能障碍。经过临床治疗神经受损之体征已消失,遗留的自觉症状在伤后数月或数年仍然存在。

(二)有神经功能性症状,如头痛、头晕、耳鸣、失眠多梦、乏力、记忆力减退、注意力不集中、情绪不稳等。有植物神经功能紊乱症状,如多汗、心悸、胸闷、恶心、纳差等。以上症状常因脑力和体力劳动或情绪影响而加重或复发。

(三)患者的主诉常与神经体征不相符合。神经系统检查多数正常。

(四)腰椎穿刺脑脊液压力正常　脑电图多数正常,部分患者有轻、中度异常。

(五)应注意与颅脑损伤的合并症或并发症的鉴别。

【治疗】

(一)做好耐心解释工作,使患者相信本病是可以治愈的,解除患想顾

虑，树立战胜疾病的信心，配合临床治疗。

（二）对于自觉症状需给予对症治疗，如镇静、镇痛、安眠药物、神经细胞营养剂应用，以及谷维素、维生素B族等均可选择使用。

（三）调理生活使有规律性。有些病史较长的患者，除适当休息外，也可参加体疗或者适度劳动和工作，有助于恢复。

（四）配合理疗、针灸、中医中药等综合治疗均有助于好转和恢复。

开放性颅脑损伤

开放性颅脑损伤指头皮、颅骨及硬脑膜均破裂，致使颅腔与外界相通、有脑脊液流出，甚至脑组织溢出或外露的一种颅脑损伤。

【诊断要点】

（一）有头部直接外伤史。头部伤口处常有脑组织碎屑、碎骨片外露和脑脊液流出，偶可见到致伤物嵌插或穿入颅内。

（二）常有异物及污物（如金属片、碎骨片、头发、泥沙等）由伤口进入颅内，较易引起头皮、颅骨及脑组织感染。

（三）伤口流血较多，容易出现严重失血性休克。经常与脑挫裂伤、颅内血肿同时存在，产生相应体征和症状。

（四）颅骨X线平片可见有粉碎骨折或凹陷骨折。

【治疗】

（一）失血性休克患者，应迅速输血补液，尽快纠正休克。

（二）早期彻底清创术最好在伤后6h内进行，在大剂量抗生素预防感染情况下，清创术可延长至伤后24h。清除伤口内异物及碎骨片，切除已污染和挫灭的组织，一期缝合硬脑膜，把开放性颅脑损伤变为闭合性颅脑损伤。清创术后脑组织水肿严重者，不宜缝合硬脑膜，以利于术后减压。

（三）及时治疗原发脑损伤和各种继发性脑损伤。

（四）早期开始静脉应用有效抗生素，肌肉注射破伤风抗毒素，预防伤口感染和破伤风。

（五）术后遗留的颅骨缺损，一般在伤口愈合后3～4个月进行颅骨修补。感染伤口的颅骨修补术至少要在伤口愈合后半年进行。

火器性颅脑损伤

火器性颅脑损伤是特殊类型的开放性颅脑损伤。在战争中火器性颅脑损伤发生率占第2位，仅次于四肢损伤，其死亡率占首位。本病在非战争时期也偶可发生。

【诊断要点】

（一）头皮上可见有弹片或枪弹经过的伤道，如盲管伤有入口；贯通伤者还兼有出口。伤口处可见脑组织碎屑或脑脊液流出。

（二）有原发性脑损伤的表现，如伤后立即出现昏迷、肢体瘫痪、锥体束征及失语等。

（三）常有异物存留和脑组织的损害，引起严重的颅内继发性脑损害，如脑水肿、颅内感染、脑脓肿及癫痫等。颅内压增高症状显著，出现头痛、呕吐及眼底视神经乳头水肿，甚至发生脑疝而危及生命。

（四）头颅X线拍片和CT检查，可提示弹片或枪弹停留位置以及碎骨片的颅内分布情况。CT检查还能确定颅内血肿、脓肿的部位，为治疗提供可靠依据。

【治疗】

（一）同开放性颅脑损伤处理。

（二）颅脑火器伤一般较普通开放性颅脑损伤病情严重，现场急救至关重要，包括伤口止血、包扎，保持呼吸道通畅及纠正休克等。

（三）新鲜伤道中深藏的磁性金属异物和弹片，可应用磁性导针伸入伤道底部吸出。切开脑皮质时，应避开重要功能区。

（四）术后密切观察生命体征变化，积极抗脑水肿抗感染休克等。呼吸道务必保持通畅，必要时气管切开，及时预防和治疗并发症等。

颅内肿瘤

颅内肿瘤是神经外科最常见疾病之一。原发性颅内肿瘤可以发生于脑组织、脑膜、颅神经、脑垂体、血管及胚胎残余组织等。继发性者由身体其他部位的恶性肿瘤转移或直接浸润而来。

【诊断要点】

（一）一般症状：即颅内压增高引起的临床表现。

1. 头痛：多数脑肿瘤患者都有不同程度的头痛，部分患者是首发症状。老年人存在不同程度脑萎缩；小儿颅缝尚未闭合，若他们患脑肿瘤，头痛症状可不明显或出现较晚。

2. 恶心及呕吐：脑肿瘤患者常有喷射性呕吐。尤其对于小儿不明原因的顽固性呕吐，应引起足够重视。

3. 进行性视力减退，视野缩小，眼底检查时发现视神经乳头水肿或萎缩，严重者可见视网膜大片出血和渗出。

4. 颅内压增高部分患者出现外展神经麻痹、眼球外展运动障碍，多数无定位意义。脑肿瘤晚期必然出现意识障碍和脑疝。

（二）定位症状：根据肿瘤发生的部位及神经来源可出现不同的症状和体征。

1. 大脑半球肿瘤：

（1）额叶：额叶脑肿瘤常表现有精神性格改变、偏瘫及运动性失语（优势半球肿瘤）。

（2）顶叶：为皮层感觉中枢，发生肿瘤时出现对侧半身感觉障碍，局限性感觉性癫痫发作及运用不能、失读、失算和命名障碍。

（3）颞叶：多为静区常无明显症状，有时出现对侧同向偏盲、幻视、幻嗅等。肿瘤位于优势半球颞上回后部时则出现混合性失语。

（4）枕叶：为视觉中枢，单侧受损时表现为对侧同向偏盲，双侧受损则出现皮质盲，而瞳孔对光反应存在。

2. 垂体区肿瘤：以垂体腺瘤最常见，颅咽管瘤次之。早期出现内分泌功能障碍，如闭经泌乳、性功能低下、巨人症、肢端肥大及尿崩症等。

3. 小脑肿瘤：出现同侧肢体共济运动失调，步态不稳，易向病侧倾倒。病侧肢体肌张力低，指鼻试验、对指试验、轮替及跟膝胫试验均不准。

4. 桥脑小脑角肿瘤：该部位肿瘤以听神经瘤最常见。起病初期有耳鸣、听力减退，继之出现同侧面神经、三叉神经麻痹，当肿瘤生长至一定程度时出现脑干受压移位及颅内压力增高等症状，如对侧肢体瘫痪和感觉障碍。脑干双侧受累及时，则出现截瘫。

（三）头颅X线拍片、超声波和脑电图：检查均有助于诊断。脑血管造影、CT脑扫描检查有确诊意义。

【治疗】

(一)颅内肿瘤一经诊断,手术切除肿瘤是目前最有效的治疗方法。在充分术前准备下,应尽早安排手术。对已有脑疝前期症状的肿瘤,应按急诊手术对待。

(二)对非功能区的恶性脑肿瘤,应尽量行肉眼可见的全切除、大部切除或脑叶切除。位于重要功能区或术中出血难制止者应予以减压术,以延长患者生命为目的。

(三)脑肿瘤的切除原则:

1. 颅内良性肿瘤应争取完全切除,但要具体分析。

2. 垂体腺瘤未出现视力障碍者,首先采取放射治疗。出现视力、视野变化的手术治疗目的以挽救视力为主,术后给予内分泌治疗和放射治疗。

3. 颅内转移瘤的治疗,视原发性病灶情况而定。原发肿瘤已切除,患者一般情况较好的单发脑转移瘤,应争取手术治疗。否则不予手术。

5. 术后应根据肿瘤的具体情况,进行放射治疗和化学药物治疗,提高治疗效果。

6. 术后有肢体瘫痪、失语等功能障碍者,要加强功能训练、针灸治疗等,促进恢复。

脑脓肿

脑脓肿通常指由细菌所引起的脑组织内的化脓性感染。偶可与硬脑膜下或硬脑膜外脓肿混合存在。根据细菌的来源不同,可分为耳源性脑脓肿、血源性脑脓肿、外伤性脑脓肿、鼻源性脑脓肿和隐源性脑脓肿5种类型。

【诊断要点】

(一)一般有脑以外部位的感染灶存在,例如化脓性中耳炎、鼻窦炎、软组织脓肿、开放性颅脑损伤清创不彻底以及败血症等。

(二)脑脓肿初期有全身急性感染表现,患者有发热、发冷、头痛、呕吐、全身乏力、嗜睡、困倦、颈部抵抗或脑膜炎体征等。

(三)经过抗生素治疗,脑组织炎症局限化,形成完整的脓肿。体温可变成正常,临床症状好转。之后逐渐出现颅内占位性病变所致的颅内压

增高的症状，如头痛、呕吐和视神经乳头水肿，最终脑疝形成，使病情突然变化。

（四）同颅内肿瘤一样，脑脓肿同样出现局灶定位症状，常可判断脑脓肿所在的部位。

（五）实验室检查：血液白细胞计数增高，血沉降加快。腰穿脑脊液检查白细胞显著增多，脑压增高。

（六）超声波、脑电图检查有参考意义，脑血管造影可确定脑脓肿的部位，CT 脑扫描具有确定诊断的价值。

（七）应注意与脑肿瘤、脑积水、颅内血肿等鉴别。

【治疗】

（一）脑脓肿的治疗原则上应针对不同种类的致病菌、原发病灶的细菌培养及药敏结果合理选用抗生素。

（二）使用甘露醇等高渗性液体，抗脑水肿和降低颅内压力，预防和治疗脑疝。

（三）脑脓肿形成后，根据不同情况，采用不同的手术方式。

1. 反复穿刺抽脓术：该方法适用于定位确切的任何类型的脑脓肿。此法简单易行，组织损伤少，反应较轻，但抽脓往往不彻底。反复抽脓穿刺2～3 次以后，症状不消失者应改做脓肿切除术。

2. 导管持续引流术：在穿刺到脓腔后，留置 1 条内径 3～4mm 的软质引流管于脓腔中心，固定在头皮上。每日或隔日抽脓 1 次，也可做脓腔冲洗、注入抗生素或造影剂。导管留置7～10d，待脓腔闭合后逐步拔出引流管。

3. 脓肿切除术：是最有效的一种手术方式，但要严格掌握手术适应证。操作时应沿包膜外剥离，仔细完整地切除脓肿。若术中脓肿破溃，应改做引流术，否则感染扩散会出现不良后果。

脑 积 水

脑积水指由于各种原因引起的脑室系统内脑脊液量增加，同时兼有脑质相应减少，脑室扩大并伴有颅内压力增高、头颅扩大及脑功能障碍等临床表现。其病因有先天性和后天性之分，临床上有交通性和非交通性 2 种类型。本病多见于婴幼儿，先天性者占多数。

【诊断要点】

（一）有先天性病史或者有脑膜炎、颅内出血、脑外伤等病史。

（二）头颅大小超过正常值。婴幼儿头围呈进行性增大，囟门扩大，颅缝增宽，可伴有头皮静脉怒张。颅面比例失调，额部突出，抬头困难，双眼球呈下视位置，称为"落日征"。

（三）患者精神不振，发育迟滞，反应迟钝或有癫痫发作，眼球震颤，共济失调等。

（四）有颅内压增高症状，表现为呕吐，视神经乳头水肿或萎缩，视力下降甚至失明。

（五）X线头颅摄片可见颅骨变薄，脑回压迹增深增多，颅缝分离增宽。CT检查有脑室扩大脑皮质变薄等。

【治疗】

（一）限制入水量，尤其少进含盐饮食。

（二）对早期、发展缓慢和不适于手术治疗的病例，要酌情选用降颅压的药物治疗。乙酰唑胺、50%甘油、速尿注射液、甘露醇等均可选择应用。熟地、山药、山萸、丹皮、木通、泽泻等亦有利尿作用，对治疗脑积水均可采用。

（三）手术治疗脑积水，方法很多。应根据具体情况选择。

1．切除引起脑室系统梗阻的肿物，疏通脑脊液循环，解除脑积水。

2．减少脑脊液分泌的手术，通过电灼侧脑室脉络膜，达到减少分泌脑脊液的目的。

3．脑脊液分流手术是将侧脑室通过置入皮下隧道内的特制导管与心房或腹腔相连接，使脑脊液转流，缓解脑积水。分流术适用于各种脑积水，效果可靠。应注意其并发症，如感染、导管滑脱和阻塞等。

颅裂和脊柱裂

颅裂和脊柱裂系颅骨和脊椎管闭合不全所引起的先天性畸形。常有颅骨和脊椎骨质缺损。无颅内和椎管内容物突出者称为隐裂；有内容物突出表体形成包块者称为囊性裂。

【诊断要点】

（一）出生后就有头部或腰背部软质包块，且位于身体矢状轴线上。

头部多见于鼻根部或枕部，脊柱背侧多见腰骶段，颈段和胸段较少见。

（二）颅裂仅有单纯硬脑膜膨出者，一般无神经系统症状。合并有脑组织膨出的部分患儿可有智能低下、脑发育不全或畸形等。

（三）脊柱裂仅有单纯硬脊膜膨出者，一般无神经系统症状。合并有脊髓膨出的多数有下肢功能障碍和大小便失禁等。

（四）膨出之包块呈圆形或椭圆形，质软，可触及结节性内容物，透光试验阳性，部分能见到神经组织阴影，有时可触到骨质缺损边缘。

（五）X线拍片有颅骨和脊椎椎板缺损

【治疗】

（一）颅裂一般应在6～12月内行手术治疗，脊柱裂在2～3个月施行手术较为安全。

（二）凡无明显肢体瘫痪、严重脑积水、大块脑组织或神经膨出者，应手术治疗，上述情况合并囊壁溃破，而又无明显感染者应急诊手术治疗。

（三）手术方法主要是切除膨出、变性、无功能的脑或神经组织，还纳、松解神经，修补颅裂和脊柱裂。

第三节　心胸外科

肋骨骨折

肋骨骨折多因外伤引起，在胸部损伤中最常见，同样情况下老人、成人较儿童易发生骨折。肋骨骨折多发生在第4～7肋，其他部位因解剖和生理方面的原因不易骨折。

【诊断要点】

（一）明确的外伤病史

（二）局部疼痛和不同程度的呼吸困难

（三）多根多处肋骨骨折，胸壁可出现反常呼吸运动

（四）骨折处可触及骨擦感或闻及骨擦音，胸膜受损时多可发生皮下气肿而可触到捻发感或闻及捻发音。

（五）X线片显示肋骨连续性中断，同时尚可判断有无血胸和气胸的

存在。但如果是肋软骨部位骨折常因X线下软骨不显影而漏诊，应以体检发现为判断依据。

【治疗】

（一）闭合性单根单处肋骨骨折治疗的重点是止痛、固定和防止并发症。最常采取叠瓦式胶布固定法，即取2～3cm宽的胶布条自脊柱起沿受伤部位贴胶布并越过胸骨，依次粘贴下一条胶布应压住上条的1/2～2/3，粘贴范围应大于受伤范围。

（二）闭合性多根多处肋骨骨折除止疼外尚需包扎、牵引和固定以消除反常呼吸，多采用纱布团垫（俗称"面包"）置于胸壁软化处外加胸带固定。要确实保证呼吸道通畅，必要时可行气管切开，以利于给氧、吸痰或辅助呼吸。

（三）开放性肋骨骨折应及时进行彻底清创并放置胸腔闭式引流，术后给以抗生素防治感染。

（四）应鼓励患者早期下床活动、咳嗽和深呼吸，以防止并发症的发生。

损伤性气胸

胸部损伤时，空气由胸壁伤口、肺和支气管裂口处进入胸膜腔而形成损伤性气胸。临床上根据胸膜腔在首次损伤后是否继续与外界相通空气继续进入否而分为闭合性、开放性和张力性3类。

【诊断要点】

（一）外伤病史。

（二）呼吸困难、紫绀、皮下气肿等临床表现：常提示支气管或食管破裂，如果听到随呼吸而发生的"呼呼"声则肯定胸膜腔与外界相通。

（三）X线胸部平片：可显示胸膜腔积气情况，肺被压缩的程度、纵隔移位或合并其他胸部脏器损伤情况（如血胸、心脏外伤所形成的血心包等）。

（四）严重的气胸患者多有呼吸循环障碍。

【治疗】

（一）保持呼吸道通畅：吸净口腔、咽部、气道内的血液和分泌物，必要时可行气管切开以消灭呼吸道死腔，便于给氧和清除分泌物。

(二)抗休克治疗:维持有效地循环量,改善微循环状况、注意纠正水、电解质紊乱和矫正酸碱代谢失衡,在保证有效循环量的基础上适当输给全血、血浆或血浆代用品。

(三)迅速采取措施在尽可能无菌情况下封闭伤口,变开放性气胸为闭合,并同时考虑放置胸膜腔闭式引流排出胸腔积气使肺复张。急救情况下可采取患侧锁骨中线上第2前肋间,反复胸穿排气或留置针尾敷一剪口橡皮手套手指的粗针头排气的方法,但如果胸膜腔裂口大于气管直径时,这种方法多无效。

(四)及时转诊或手术治疗:在各种急救措施效差或无效时,应考虑伤情的危重或合并其他脏器损伤的可能,应估计当地诊治能力,若无手术条件应迅速妥善转往较有条件的医院。如有手术条件即应进行必要的术前准备,及时剖胸探查。

(五)严密观察血压、呼吸、脉搏、体温,使用抗生素,吸氧是治疗过程中不容忽视的内容,必须保持闭式引流通畅。

损伤性血胸

损伤性血胸多为刃器或骨折断端刺伤胸内脏器所致,血液主要来自心脏大血管、肋间或胸廓内动静脉、肺组织。

【诊断要点】

(一)胸部外伤病史。

(二)多数患者根据出血量、速度、体质不同出现不同程度的低血容量性休克。

(三)胸穿可抽出不凝血液。

(四)合并感染后多出现寒战、高热、胸痛、白细胞总数增高等表现。

(五)X片提示患侧胸腔积液(血)。

【治疗】

(一)小量血胸多可自行吸收,无需抽吸。

(二)积血量多者应尽早抽出积血,进行性出血应及时剖胸探查。

(三)对凝固性血胸应在出血停止后数日内剖胸探查清除积血块;机化血块在病情稳定后亦应尽早手术,血胸感染者按脓胸处理。

肺爆震伤

肺爆震伤是由于气浪或水浪袭击人体所引起的呼吸道广泛损害。

【诊断要点】

(一)气浪、水浪致伤史。

(二)胸痛、呼吸困难、咳嗽、咯血性泡沫样痰,严重者昏迷甚至休克为主要临床表现。

(三)出现紫绀、伤侧肺广泛湿性啰音等体征。

(四)X片胸部检查见伤肺有广泛斑状阴影,重者可为致密模糊阴影。

【治疗】

(一)脚高头低或半卧位,镇静。

(二)吸氧,以高流量氧气吸入为好。

(三)要保持呼吸道通畅,鼓励咯痰,必要时气管切开。

脓　胸

【诊断要点】

(一)急性脓胸:

1. 胸部外伤或近期手术史或肺部感染史。

2. 发烧、胸痛、咳嗽、咯痰及呼吸困难等症状。

3. 患侧肺被压缩,积液积气多者纵隔向健侧移位。

4. X片示胸部透光度减低出现弧形模糊阴影,如有气体则可见液平面。超声检查可见液平反射波出现。白细胞及中性粒细胞计数增多。

5. 胸穿可抽出脓液,涂片可找到致病菌,脓液细菌培养阳性率在40%以下。

(二)慢性脓胸:

1. 有急性脓胸、支气管或食管瘘病史,胸腔感染引流不彻底病史,迁延时间过长未愈者。

2. 反复发热、贫血、体质消耗明显或合并支气管胸膜瘘咳嗽咯痰者。

3. 患胸凹陷、肋间变窄、脊柱弯曲、呼吸运动消失或减弱,叩为实音、气管向患侧移位并伴有杵状指(趾)者。

4. 胸部X线检查可见胸膜增厚、胸廓变形、肋间变窄、脊柱向患侧弯

曲、患侧肺萎缩、胸腔内有多个液气面。

5. 支气管胸膜瘘患者如向脓腔注入美蓝常可咯出。部分胸穿抽出的脓液培养有致病菌生长。结核性脓胸、阿米巴性脓胸等因致病源的特点皆为慢性脓胸。

【治疗】

急性脓胸以控制感染，排出脓液，促使肺复张为治疗原则

（一）使用有效抗生素控制感染，同时可考虑应用地塞米松等皮质激素增强机体免疫能力。

（二）反复胸腔穿刺排出脓液，亦可向胸腔注入生理盐水、α糜蛋白酶等使脓液变稀以利排出。

（三）脓液量多粘稠者可行胸膜腔闭式引流术。必要时以生理盐水自患胸锁骨中线上第2肋间点滴灌洗患胸，自闭式引流管排出，更利于急性脓胸的恢复。亦可采用抗生素患胸内注入，但多造成胸膜粘连是其缺点。

慢性脓胸的治疗原则是控制感染，清除脓液，尽可能恢复肺功能。其治疗主要是：

1. 全身支持疗法。加强营养，少量多次输入新鲜血液。

2. 应用抗生素控制感染。

3. 胸膜剥脱术　适于肺内无病变者。

4. 胸廓成形术。效果可靠临床多用。对于胸膜剥脱术无法施行合并肺内病变较重的患者尤为适合，但不适宜于14岁以下儿童。对于肺部合并有空洞、纤维样变或淀粉样变的患者，应在切除病肺的同时加做胸廓成形术。

肺　　癌

肺癌，又称为支气管肺癌。

【诊断要点】

（一）早期多无症状，体检时胸部X线检查偶尔被发现。

（二）主要症状是咳嗽、咯血。早期多为刺激性干咳，无痰或少量粘痰。半数左右患者咯痰中有血丝。如出现声音嘶哑或剧烈胸痛常提示癌症转移侵犯喉返神经或胸膜、肋骨等。

（三）全身症状多不明显，如果继发感染或癌组织坏死可有发热。晚

期出现消瘦、贫血、恶病质。体检早期可无异常发现，有时可闻局限性哮鸣音。晚期或出现肺不张、胸腔积液、上腔静脉回流受阻症状，以及癌肿转移涉及脏器的症状体征。

（四）胸部X线检查：中心型肺癌为肺门部见不规则肿块影，尚可同时出现肺不张、阻塞性肺炎等。周围型肺癌多为片状浸润或弧立结节，多呈毛刺状，形成的空洞为厚壁偏心型空洞，内壁凸凹不平少有液平。

（五）痰涂片常可查到癌细胞有助早期诊断。如有胸水亦可进行细胞学检查找癌细胞。

（六）纤维支气管镜检查可直接观察气管、支气管内壁改变和癌肿并可进行活检或刷片，临床已推广使用。

（七）放射性同位素^{113m}铟、^{99m}锝、^{67}镓肺扫描、CT及核磁共振可协助诊断。

（八）经皮肺穿刺可在X线指导下活体取样检查但有发生气、血胸之虑。

（九）如有疑为转移灶的肿大淋巴结，进行活检有助诊断。

【治疗】

（一）手术切除：根据具体情况选择肺叶、肺段或全肺切除术，楔状肺切除术等，术中可将累及淋巴结一并清除。

（二）放射治疗：不宜手术者及术前术后均可选用^{60}钴或加速器、深部X线照射治疗，对未分化癌疗效尤佳。

（三）化学药物治疗：全身治疗方法，可选用适于患者作用的药物，如环磷酰胺、长春新碱、丝裂霉素等，按照不同细胞类型合理选用、恰当配伍，采用静脉点滴、推注或支气管动脉灌注等不同途径、速度给药，5年成活率亦可达10%以上。

（四）其他：中医中药、免疫疗法、冷冻疗法等皆可酌情使用，以减轻患者痛苦及延长生命。

食管癌

【诊断要点】

（一）早期仅有咽食物时的不适感、梗噎感、异物感、胸骨后闷压感、烧灼感，渐加重。晚期出现进行性吞咽困难。如癌肿已侵及周围组织则可

出现持续性胸骨后疼痛、背痛；如饮水进食出现呛咳则提示病变已穿通食管与气管形成食管支气管瘘；如出现大咯血则为病变侵及大血管，预后极差；贲门癌患者多有贫血、消瘦表现，如腹背疼痛则应虑及入侵胰腺的可能性。

（二）体检：应注意锁骨上淋巴结是否肿大、肝肿大、腹水、声嘶等转移体征，贲门癌应检查腹部有否肿块，直肠肛诊有否肿大淋巴结于直肠前窝发现以确定有否转移。

（三）食管钡剂X线造影：早期可发现钡剂通过患处缓慢、停顿、局部粘膜紊乱、断裂等。晚期出现管腔狭窄、管壁僵硬、钡剂通过困难、占位性肿物、狭窄上部扩张等。如疑有支气管食管瘘可予碘油造影证实。

（四）食管拉网脱落细胞学检查：阳性率达95%以上，可早期发现病变。

（五）食管镜检查：直接观察病变，可做活检与刷片。

（六）锁骨上淋巴结肿大者可取淋巴结做病理检查。

【治疗】

（一）原则是早发现、早诊断、早手术。

（二）手术方法可根据就诊的早晚、病变的长短及有否转移，分别采用根治手术、姑息性手术或减轻症状的手术。根治性手术可以用胃、空肠、结肠代食管分别据病性需要采用弓上、弓下、颈部吻合的方法，在切除食管癌、贲门癌，以及受累器官、组织和淋巴结后重建消化道。姑息性手术或减状手术仅能部分切除肿瘤或缓解症状，尚须术后配合放射治疗或化学药物治疗。

（三）放射治疗常用^{60}钴和直线加速器，于术前照射后再手术以增加切除可能提高疗效。手术后照射增强局部手术效果、单纯放疗患者亦有一定的治疗作用。

（四）化学药物治疗对不宜手术患者、术后患者均为全身治疗方法，鳞癌多选环磷酰胺，腺癌多选氟尿嘧啶。

（五）免疫治疗多用干扰素，中药中的天仙丸等亦可减轻症状。

动脉导管未闭

【诊断要点】

（一）导管细小可无症状，粗大者可出现心慌、气促、胸闷，严重者会左心衰竭。

（二）胸骨左缘第2肋间可闻及连续性粗糙机器样杂音并伴有震颤，肺动脉第二心音亢进为典型心脏杂音。伴有肺动脉高压者仅有收缩期杂音，分流量大者可出现水冲脉、周围大动脉枪击音、脉压差增大、毛细血管搏动等。

（三）胸部X线检查导管如果粗大肺血常多，肺动脉段隆起，左心房和左心室增大，主动脉结增大。

（四）心电图检查：左室肥大或右室肥大或左右心室皆肥大多提示导管粗大。

（五）超声心动图检查：左心室内径增大，二尖瓣活动幅度及速度增加，偶可见未闭导管。

（六）右心导管检查：肺动脉平均血氧含量超过右心室0.5容积%以上。肺动脉压不同程度增高。选择性主动脉造影时主动脉与肺动脉可同时显影，未闭导管亦有显影者。

【治疗】

（一）明确诊断即应手术。

（二）行动脉导管结扎（缝扎）术或切断缝合术。

（三）对粗大导管及肺动脉压力过高者应在体外循环下行动脉导管结扎术，切断缝合或切开肺动脉缝合术，以策安全。

房间隔缺损

【诊断要点】

（一）大缺损常有心慌、闷气或心衰，小缺损可无症状。

（二）胸骨左缘第2、3肋间可闻收缩期杂音，少数患者有细微震颤，肺动脉瓣区第二心音亢进伴分裂。大的缺损三尖瓣区可闻及舒张期杂音，如为原发孔缺损心尖部可闻收缩期杂音。

（三）胸部X线检查：肺血多，肺动脉段隆起，右心房和右心室增大，

主动脉结缩小。原发孔缺损时左心室肥大。

(四)心电图检查:右心房、右心室增大,多有不完全或完全束支传导阻滞,心电轴右偏。如为原发孔缺损,P－R 间期延长、左室高电压,电轴向左偏。

(五)超声心动图:除肺动脉、右心房、右心室增大外,可见房间隔缺损之连续中断,超声造影示右向左心房水平分流。

(六)心向量图检查:示右心室肥大,QRS 额面向量环在等电点以下呈顺时钟转向。原发孔缺损时环体在等电点以上呈逆时钟转向。

(七)右心导管检查提示右房血氧含量超过上下腔静脉平均血氧含量 1.9 容积%以上,导管可经右房进入左室,原发孔缺损时导管可从右心房直接进入左心室。选择性左心室造影于原发孔缺损处可见二尖瓣反流。

【治疗】

(一)确定诊断应早期手术。

(二)体外循环下直视房间隔缺损修补,小缺损直接缝合,大缺损补片,尤其是原发孔缺损必须用涤纶片缝补并同时缝合二尖瓣裂。

室间隔缺损

【诊断要点】

(一)小缺损一般无症状,大的缺损临床较早出现心慌、气促等症状。

(二)胸骨左缘 3、4 肋间闻及粗糙而且响亮的全程收缩期杂音伴震颤。肺动脉瓣听诊区第二心音亢进分裂。

(三)胸部 X 线检查:肺血多,肺动脉段隆起,主动脉结缩小或正常,左右心室均增大。小室缺可无异常改变。

(四)心电图检查:大室缺可有左室肥大或左右心室均肥大。

(五)超声心动图:大的室缺常表现为室间隔与左室后壁呈逆向运动,室间隔连续中断,声学造影显示右向左分流。

(六)心导管检查:右心室血氧含量超过右心房 0.9 容积%以上,肺动脉压力增高。选择性左心室造影显示右心室同时显影。

【治疗】

(一)0.4cm 以下的室缺常于 4 岁左右闭合。7～10 岁手术较合适,手术方法以体外循环下直视室间隔缺损修补术为主。

（二）大的室缺或伴有肺动脉高压者应用涤纶补片缝补缺损，术中应注意心脏传导束位置，如果损伤则出现传导阻滞、房室分离，多须终生应用起搏器。

法洛四联症

【诊断要点】

（一）紫绀伴活动后心慌气促、喜蹲踞，有时出现缺氧性昏厥。

（二）于胸骨左缘第3、4肋间闻及喷射性收缩期杂音伴震颤，肺动脉第二心音减弱或消失，四肢末梢、唇紫绀，杵状指（趾），红细胞增多症。

（三）胸部X线检查提示肺血少，肺动脉段凹陷、心外形呈尖部上挑的靴状心，主动脉结增宽，右心室肥大，约20%的患者有右位主动脉弓。

（四）心电图检查：右心室劳损、肥大，部分患者右心房肥大，心电轴右偏。

（五）超声心动图：右心室增大左心室较小，主动脉骑跨，室间隔连续性中断，声学造影显示右向左分流。

（六）心导管检查：右心室压力增高甚至超过主动脉压，肺动脉压力下降，心导管有时可进入左心室或升主动脉。选择性右室造影显示不同程度和部位的流出道狭窄，有第3心室，主动脉与肺动脉同时显影，主动脉增粗、右跨。右心室比右心房血氧含量高1容积%以上。

【治疗】

（一）婴儿期重症患者可先行姑息性分流术，病情改善后再行根治术。5岁以后为佳。

（二）根治术在体外循环直视下进行，包括室缺修补，彻底疏通流出道、肺动脉瓣瓣膜切开术；漏斗部狭窄切除粗大的隔与壁束；纵行切开瓣环或肺动脉干以补片修补扩大纠正狭窄。

（三）分流术常用锁骨下动脉与肺动脉吻合或主动脉与肺动脉吻合术。

心瓣膜疾病的外科治疗

【诊断要点】

（一）心瓣膜疾病包括风湿性心脏病二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、狭

窄并关闭不全；主动脉瓣狭窄、关闭不全；肺动脉瓣和三尖瓣狭窄、关闭不全或狭窄并关闭不全等。

（二）临床表现多有心悸、气促、闷气等。

（三）在各种瓣膜疾病时可于各瓣膜听诊区闻及特有的特征性杂音，参考X线胸部检查、心电图、超声心动图、心导管检查多能做出正确诊断

【治疗】

（一）不同瓣膜疾病采用不同方法处理。二尖瓣狭窄可考虑行二尖瓣闭式分离术或体外循环直视下二尖瓣成形术；二尖瓣关闭不全者可选择二尖瓣成形术或瓣膜置换术；主动脉狭窄或关闭不全亦可采用瓣膜置换手术。

（二）瓣膜置换术后需终生服用抗凝药物，故现又逐渐多采用成形手术，生物瓣膜因易损坏现多采用机械瓣膜，效果可靠。

【附】体外循环简介

体外循环是利用管道将身体内的静脉血引出来，经过氧合器（人工肺）进行气体交换，排出二氧化碳吸收氧气后用机械泵（人工心）将富氧的氧合血液经管道输入动脉，进行全身组织灌注。又称心肺转流。利用它暂时取代人体心肺功能，维持生命，为医生提供一个处理心脏内疾病的无血手术环境或者对某些疾病进行辅助治疗。

体外循环于1953年首次临床应用以来，经过不断改革与提高已进入较为成熟的阶段，其与低温的结合更拓宽了临床应用领域。目前常用的方法即有心肺转流、左心转流、辅助循环及体外氧合呼吸支持等，适用于各种心、血管手术。心肺机的类型以滚压式血泵和微泡鼓泡式氧合器及弥散式（膜式）氧合器多用，其效能和安全性大大提高。

体外循环期间血液需要抗凝，多用肝素在建立体外循环插管前，以30mg/kg体重量自右心耳注入，同时在机器予充液、予充血内按比例加入肝素使转流过程中激活全血凝固时间（ACT）维持在400～600s之间，转流结束时以鱼精蛋白中和肝素，比例为肝素：鱼精蛋白＝1：1.5，ACT测定在120s以内。

体外循环配合低温能减少组织耗氧量，浅低温为35～27℃，深低温为27～18℃；超低温为18℃以下，一般常采用体外转流时血流降温，术后

复温。临床目前同时采用血液稀释法使体外循环期间患者血球压积稀释至20%～25%，降低了血液粘稠度，改善了微循环，增加了组织供氧，减少了用血量及对血球的破坏，有利于体外循环的开展和减少了并发症。

第四节　泌尿外科

多　囊　肾

由于肾小管基底膜顺应性改变，使肾小管失去正常结构和弹性，在管腔内压作用下扩张而形成囊肿。病因有遗传缺陷和胚胎发育障碍。囊肿90%发生于双侧，肾实质因囊肿压迫而萎缩，使肾功能受损。多囊肾易并发感染、结石、肿瘤及囊肿破裂出血。

【诊断要点】

（一）发病年龄：多为40～60岁，少数发生于儿童，但多于短期内因肾功能衰竭死亡。多有家族史。

（二）临床表现：腰痛、血尿、腰部肿块、高血压及肾功能不全。常伴有其他器官的多囊性病变。

（三）实验室检查：尿液中可有多量红、白细胞，少数患者出现颗粒管型；尿相对密度及渗透压低；血液内尿素氮及肌酐升高。

（四）X线检查：尿路平片示两肾体积增大，向下移位。静脉尿路造影示肾盂受压变形，肾盏漏斗部伸长、移位，肾小盏呈半圆形压迹或杯形消失。

（五）CT检查：双肾增大，肾实质内可见多个边缘光滑的囊性肿物。

（六）B超检查：双肾影增大，肾实质内有多个大小不等、边界清楚的无回声暗区。

（七）多囊肾与单纯性肾囊肿的鉴别：尿路造影显示肾的一极增大，肾盂有弧形压迹。超声检查显示：肾实质内有一边缘清楚的圆形液性暗区，其他部位仍呈现正常肾实质光点。

【治疗】

（一）多囊肾早期、肾功能正常者，应严密观察。合并尿路感染者，及

时抗菌治疗。

（二）多囊肾中期，可采用去顶减压术，即切除肾表面与深层囊肿壁，减轻囊肿对肾实质的压迫。

（三）多囊肾晚期，可采用血液透析或经血透后进行同种肾移植术

输尿管开口异位

输尿管开口异位，在男性常开口于后尿道、精阜和精囊。由于仍受外括约肌控制，故无尿失禁。女性常开口于前尿道、前庭、阴道和子宫，偶尔开口在直肠，因无括约肌控制，故有尿失禁。

异位的输尿管下段常有迂曲、延长、狭窄，引起上段输尿管及肾盂积水，继发感染时肾功能受损。常伴有双肾盂、双输尿管畸形，且异位开口总是来自高位肾的输尿管。

【诊断要点】

（一）有正常排尿，同时持续性地自异位开口滴尿。

（二）由于会阴部潮湿引起湿疹和皮炎、继发感染。

（三）在前庭、阴道和尿道，可以看到细小开口，尿呈水珠样持续滴出。

（四）静脉肾盂造影，常因肾功能不良而显影不清晰。自异位开口逆行造影，显示输尿管移位，上段输尿管及上位肾盂扩张积水。

（五）膀胱镜检查：单一的输尿管开口异位，同侧看不到输尿口。如果为双输尿管畸形，除在膀胱内看到正常输尿管口外，在膀胱外另有异位开口。

（六）应与压力性尿失禁、神经源性膀胱、膀胱阴道瘘等鉴别。

【治疗】

（一）没有重复肾的异位输尿管开口，可将该输尿管分出重新移植至膀胱内。

（二）有重复肾、重复输尿管而又有异位输尿管开口的，可将异位开口的输尿管连同连接该输尿管的重复肾全部切除

肾 损 伤

肾脏在解剖上受到周围结构较好的保护，因此不易损伤。严重的肾脏损伤常合并其他脏器损伤。病因常由于暴力或锐利器械刺伤。病理分

类有肾挫伤、肾部分裂伤、肾全层裂伤、肾破裂、肾蒂断裂。肾损伤的后果，早期为出血，晚期为感染，尤其发生血肿和尿外渗时感染可发展成肾周围脓肿或脓肾。

【诊断要点】

(一)临床表现：

1. 有腰部或肾区受伤史。

2. 出血和血尿，重度损伤出现肉眼血尿，轻度损伤出现镜下血尿。

3. 腰部疼痛和压痛、腰肌紧张、腰部出现肿块。若同时伴有腹腔内脏器破裂或出血，可出现腹膜刺激征。

4. 休克，提示重度肾损伤或合并其他脏器损伤。

5. 合并感染时，可有高热、全身中毒症状。伤后数周还可出现继发性出血。

(二)B超检查：肾破裂时可见肾盂、肾盏回声光点散乱；肾盂积血时呈肾盂、肾盏光点分离；肾周血肿时，肾周围呈低回声暗区。

(三)X线检查：

1. 尿路平片：肾影增大或肾区出现肿块阴影；腰大肌阴影模糊或消失；脊柱向伤侧弯曲。

2. 静脉肾盂造影：可确定肾损伤程度和范围，并可反映两侧肾功能。

【治疗】

(一)非手术疗法：适用于闭合性肾损伤、出血不严重、无休克症状者。

1. 绝对卧床休息4周，严密观察血压、脉搏。

2. 补充失血量，应用止血剂。

3. 给予抗生素，预防继发感染。

4. 尿液比色测定，每次尿留标本于试管内比色。

(二)手术疗法：经过严密观察后，休克继续进展或腰部肿块明显增大，应考虑手术治疗。

1. 腰部切开探查：排除血块、异物，控制出血和探查伤肾。有严重尿外渗或并发感染者，则行肾周围充分引流。

2. 肾修补术或肾部分切除术。

3. 肾功除术，对侧肾功能良好是前提。

4. 肾血管修复手术。

膀胱损伤

根据膀胱破裂的位置与腹膜的关系，可分为腹膜内破裂和腹膜外破裂。腹膜内破裂由于裂口与腹腔相通，大量尿液进入腹腔而引起腹膜炎。腹膜外破裂大多并发骨盆骨折，引起广泛腹膜外出血或巨大血肿。

【诊断要点】

（一）下腹部、臀部或会阴部有创伤史，可引起休克、下腹部及耻骨区疼痛、腹膜炎体征。

（二）血尿或排尿障碍：患者有尿急或排尿感，但无尿液排出或仅有少量血尿。

（三）导尿术：如膀胱空虚或仅有少量血尿，则应想到膀胱破裂，并有尿外渗的可能。

（四）膀胱内注水试验：经导尿管注入100ml无菌生理盐水，如果抽出量明显减少，提示膀胱破裂尿外渗。

（五）膀胱造影：将4%泛影葡胺200ml注入膀胱，拍正位片或斜位片，可明确破裂部位及类型。

【治疗】

（一）输血输液抢救休克。

（二）闭合性膀胱破裂，可留置尿管引流尿液，并严密观察病情。

（三）急诊手术治疗：引流尿液，控制出血，修补膀胱裂口，引流外渗尿。

（四）开放性膀胱损伤都应手术治疗，对膀胱直肠贯通伤者，应做暂时性结肠造口和膀胱造瘘。

（五）膀胱破裂后期遗留的膀胱瘘，待一般病情好转与局部炎症消退后，即应手术修补。

尿道损伤

男性尿道因其解剖上的特点容易受伤，最常见的有2种类型：①骑跨伤或会阴部踢伤，可使尿道球部在暴力与耻骨弓之间受损伤；②骨盆骨折时耻骨、坐骨支骨折可直接损伤后尿道或因与骨盆分离，耻骨前列腺韧带牵拉，致膜部或前列腺部尿道断裂。

【诊断要点】

(一)外伤史:如骨盆骨折、骑跨伤。

(二)尿道内出血:尿道损伤部位出血淤积于会阴及阴囊形成血肿,也可随尿流出。

(三)排尿障碍:排尿困难,虽有尿意,但不能排尿,导致尿潴留。

(四)尿外渗:尿道球部破裂时,会阴、阴茎和下腹壁均有尿外渗。尿生殖隔后的尿道破裂时,耻骨后腹膜外间隙出现尿外渗。

(五)直肠指诊:后尿道断裂时,前列腺抬高向上移位,并有浮动感。因周围血肿及尿外渗,可触及直肠前壁肿痛,甚至触及骨折断端。

(六)试插尿管:多数病例插入受阻。部分尿道断裂时,受阻时稍加用力即可插入膀胱。尿道会阴部断裂时,导尿管可插入耻骨后间隙或血肿内,有少量新鲜血液自管内或管周溢出。

(七)X线检查:骨盆平片,可确定骨盆是否骨折。必要时可行尿道造影。

【治疗】

(一)防止休克:骨盆骨折合并后尿道断裂患者,多合并休克,需及时输血补液。

(二)急性尿潴留的处理:导尿失败,可行膀胱穿刺。

(三)尿道部分裂伤:患者排尿困难,但仍可插入尿管,导尿管留置7~14d。

(四)尿道球部损伤行会阴切口,修补或端端吻合。后尿道损伤行尿道会师术。双尾尿管用胶布固定于股部内侧做皮肤牵引,导尿管留置3~4周。尿道内出血严重者,可用三腔双囊导尿管压迫止血。反复出血可手术处理。

(五)彻底引流尿外渗,应做多个切口,放橡皮片引流。

(六)预防感染,扩张尿道,预防狭窄。

急性前列腺炎

前列腺炎指前列腺的非特异性感染。常由各种微生物通过后尿道感染直接蔓延引起;其次是附近器官通过淋巴管感染前列腺;其三是体内原发病灶经血流至前列腺。酗酒、骑车、性欲过度、受寒、发热等使前列腺充

血的因素，均可诱发前列腺炎。致病菌以葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌为常见。此外，真菌、病毒、滴虫、支原体等也为感染源。

【诊断要点】

（一）全身症状：血行感染的前列腺炎，可有发热、寒战等毒血症症状。

（二）局部症状：

1. 会阴部不适。沉重或下坠样疼痛，大便时直肠内疼痛。

2. 合并精囊、输精管炎时，可出现腹股沟及耻骨上疼痛。

3. 后尿道有感染者，有尿频、尿痛及终末血尿。

4. 如有脓肿形成可并发急性尿潴留，并可向后尿道、直肠或会阴部破溃。

（三）直肠指检：前列腺增大，表面光滑规则，有压痛或有波动感。禁忌按摩或穿刺。

（四）尿道分泌物涂片、染色检查及细菌培养可以发现致病菌。

【治疗】

（一）卧床休息，多饮水，口服缓泻剂。

（二）乙烯雌酚片，1mg/次，3 次/d，口服。

（三）局部热水坐浴或温盐水保留灌肠。

（四）抗菌药可用复方新诺明、红霉素、先锋霉素、氨苄青霉毒、在其中选一种药。如能按药敏试验结果选药则更好。

（五）中药：可用黄连、黄柏、黄芩各 10g，煎服，也有控制感染的效果。

（六）急性症状消退后，查尿液无菌时，可做前列腺按摩及按摩液培养。

慢性细菌性前列腺炎

感染途径为经尿道的逆行感染。前列腺周围层腺管呈逆行倒流，细菌易在周围层存留，如为排尿不畅，尿液经前列腺管逆流至周围层产生微型结石，结石位于腺体内，使感染难以控制。此外，由于前列腺泡上皮类脂质膜屏障，多数抗生素不易透入前列腺，也是慢性前列腺炎不易根治的原因。

【诊断要点】

（一）全身症状：易疲倦乏力、腰背酸痛，易引起心内膜炎、虹膜炎、结

膜炎、关节炎等疾病。

(二)局部症状:排尿有灼热感,尿频尿急,尿道有分泌物,尤其当排尿终末或大便时滴出。

(三)直肠指检:前列腺稍大有压痛。

(四)前列腺液镜检:白细胞为 10 个/HP 以上,卵磷脂小体减少。

【治疗】

(一)忌酒、咖啡及酸辣食物。

(二)理疗及热水坐浴可减少局部炎症,促进吸收及血液循环。

(三)应用复方新诺明、红霉素、利福平、头孢氨苄、环福星、泌尿灵等控制炎症。

(四)前列腺局部注射疗法:常用先锋霉素 V0.5g、地塞米松 5mg 及 2% 利多卡因 5ml,两侧叶各注射 3ml,每周 1~2 次,10 次为 1 疗程。

(五)中医治疗:

1. 湿热蕴结:症同前述。舌红、苔黄腻,脉弦滑。用八正散合龙胆泻肝汤。

2. 气滞血瘀:经久难愈,舌有瘀点或瘀斑、苔薄白,脉细涩。治法:活血化瘀,软坚散结。方药:前列腺 2 号汤(丹参、王不留行、薏苡仁、牡蛎、柴胡、萆薢、前仁、乳香、没药、小茴、甘草)。瘀血甚者,可加下瘀血汤。

3. 肾阴虚:症同前述。伴头晕耳鸣,手足心热,尿频、尿终末呈浑浊,会阴灼热,舌红、苔少,脉细数。治法:滋阴清热。方药:知柏地黄丸加减。

4. 脾肾阳虚:症同前述。伴阴部潮冷。用右归丸加桑螵蛸、煅龙牡、金樱子、芡实。

(六)针灸治疗:

1. 体针:①大椎、尺泽、合谷、复溜;②次髎、天池、足三里;③秩边、中极、三阴交;④肾俞、关元、太溪;⑤膀胱俞、阴陵泉、行间。5 组交替使用。虚证可加灸法。

2. 耳针:肾、膀胱、尿道、脾、盆腔。

(七)推拿疗法:

1. 患者坐位,双点肾俞、脾俞、命门;嘱仰卧、推运腹部,点按阴陵泉、照海、曲泉、中都、关元。适用于湿热内蕴。

2. 患者坐位,双点命门,膀胱俞;嘱仰卧推运腹部,点按关元、气海、

建里，提拿足三阳经，点按太溪、阴陵泉。适用于肾元亏虚。

（八）单验方：丹参 12g、红花 15g、赤芍 12g、桃仁 15g、泽兰 10g。

无菌性前列腺炎

无菌性前列腺炎，好发于青壮年，常找不到致病菌。有过度的性欲冲动，生殖器频繁勃起而达不到性的满足。造成前列腺慢性充血，日久后前列腺的腺管松弛，而造成前列腺液常从尿道溢出，是一种前列腺功能紊乱所引起的疾病。

【诊断要点】

（一）腰背钝痛及不同程度的压迫感，前列腺按摩后症状减轻。

（二）外生殖器、会阴及肛门部胀痛感，有时延伸到腹股沟及耻骨上。

（三）大便时或排尿终末常有白色的前列腺分泌物自尿道排出。

（四）神经衰弱，精神紧张，全身困倦乏力。

（五）前列腺液镜检正常。尿细菌培养阴性。

【治疗】

（一）加强体育锻炼，参加体力劳动。

（二）纠正不正常的性欲思虑和纵欲。

（三）性欲强烈者，可口服乙烯雌酚 1mg，3 次/d。

（四）前列腺按摩，每周 1～2 次，连续 4～8 周。

（五）前列腺分泌液溢出严重，可服用普鲁苯辛 15mg，3 次/d。

（六）勿须使用抗生素。

附　睾　炎

附睾炎常见于成年男性，常与尿道炎，前列腺炎及睾丸炎同时出现。常见致病菌是葡萄球菌和大肠杆菌。致病菌通过输精管侵入附睾。有时进行尿道内器械操作或尿道内长期留置尿管也可引起附睾炎。

【诊断要点】

（一）急性附睾炎大多突然发生，附睾肿胀疼痛，局部压痛，并伴有全身发热、寒战等症状。

（二）慢性附睾炎表现为附睾硬结、微痛、阴囊下坠感。与结核性不同，不会引起阴囊壁粘连和窦道，输精管也不呈串珠样。

(三)如同时伴有前列腺炎或精囊炎,常易反复发作。

[治疗]

(一)急性期适当休息,托起阴囊,局部热敷。

(二)应用磺胺药物或抗生素。

(三)有留置尿管者,应停用。以利感染消退。

(四)慢性反复发作的附睾炎,应予附睾切除。

(五)如有脓肿形成,可切开引流。

(六)中医治疗:

1. 急性:发病急,畏寒高热,睾丸肿痛,并向腹股沟放射,舌红、苔黄腻,脉弦滑数。治法:清肝利湿,疏理气机。方药:龙胆泻肝汤加川楝子、玄胡。

2. 慢性:起病缓,附睾渐肿,隐痛下坠,有结节形成,舌苔薄白,脉弦细或弦滑。治法:疏肝行气,活血消肿。方药:橘核丸加减。

(七)针刺治疗:

1. 体针:关元、中极、曲骨、归来、曲泉、阴陵泉、蠡沟、三阴交、中封。

2. 耳针:生殖器、肝、肾。

(八)单验方:胡椒 7~10 粒、研末,面粉调成糊状,摊在纱布上,敷于阴囊,用于急性。

急性淋病

急性淋病是由淋病双球菌感染所引起的特异性尿道炎,一般系成人性交传播之常见性病。小儿多由含菌分泌物接触尿道感染。淋病双球菌通常于尿道内繁殖,侵犯粘膜下组织,引起前尿道炎之改变。也可向近端蔓延,发生急性后尿道炎、前列腺炎等病变。并可导致腹股沟淋巴结炎、眼结膜炎、关节炎、败血症等。女性尚可有阴道炎、宫颈炎等并发症。感染严重或反复发作者,可导致尿道狭窄。急性淋病 6 个月以上仍未彻底治疗者,多为淋病双球菌潜伏于泌尿生殖系粘膜下层,形成慢性感染。

[诊断要点]

(一)近期有冶游史,潜伏期为 4~5d。

(二)临床表现:

1. 初有尿道口发痒、烧灼样刺痛、尿道口红肿、尿道有大量稀薄粘液

状分泌物。

2. 进一步发展有尿频、尿急、尿痛加重及终末血尿。晚间可有阴茎痛性勃起、查尿道压痛、排出黄色粘稠分泌物。

3. 女性可有排尿困难。

4. 常伴有急性腹股沟炎，腹股沟处痛、腹股沟淋巴结肿大、压痛。

5. 2～3 周后症状减轻，急性期为 4～6 周。

(三)尿道分泌物涂片或细胞培养，约 98% 可见革兰阴性的淋病双球菌。

(四)并发症：男性可并发急性后尿道、前列腺、精索、精囊、附睾的炎症；女性可并发急性阴道、宫颈、输卵管的炎症。

(五)应注意与非特异性尿道炎、滴虫性尿道炎、阴茎头包皮炎鉴别。

【治疗】

(一)注意个人卫生，尤其要保持外生殖器的卫生。夫妇双方应同时治疗，避免彼此反复感染。

(二)控制感染：常用复方新诺明，2 次/d，每次 2 片，连服 10d。同时每次应加服碳酸氢钠片 1.0g。可同时应用青霉素 80 万 u，4 次/d，肌肉注射。疗效差时可改用氨苄青霉素 0.5～1.0g，每 6h 1 次，肌肉注射。还可以选用先锋霉素、环福星等药物。

(三)急性期后的患者可行尿道扩张术，可清除尿道腺和窝内的淋病双球菌，同时可以改善尿道狭窄。尿道扩张术前及术后须用 1/5 000 高锰酸钾溶液冲洗尿道。并可定期行前列腺按摩。

(四)中医治疗：急性淋病多辨证为湿热下注。治法：清热泻火，利尿通淋。方药：八正散或分清五淋丸。

(五)针刺治疗：

1. 体针：行间、曲泉、中极、三阴交、阴陵泉、膀胱俞、小肠俞。发热加合谷、曲池、大椎；带下量多加带脉、白环俞。用泻法。

2. 耳针：肾、膀胱、交感、枕、肾上腺。

肾 结 核

肾结核常继发于肺结核、骨结核。当结核杆菌侵犯肾脏后常引起双侧肾皮质的病理性结核，人体抗病力强，可完全愈合，临床上无症状。如

人体抗病力差，则形成一侧或双侧临床型肾结核。肾结核约90%为单侧，10%为双侧。

【诊断要点】

（一）尿频，呈缓慢的逐渐加重，可伴有尿急、尿痛。血尿和脓尿，来源于肾脏的病灶或膀胱的溃疡面。

（二）尿液检查，可有红、白细胞或脓细胞。

（三）24h尿集菌，可发现结核杆菌。

（四）尿路造影：可发现肾盂、肾盏边缘模糊、不规则或空洞性破坏病灶或不显影。对侧肾盂可有积水，膀胱可有挛缩。拍平片肾实质内可有斑点状钙化。

（五）膀胱镜检：膀胱三角区常见结核结节和溃疡。膀胱容量少于50ml者，禁忌此项检查。

【治疗】

（一）药物治疗：病灶局限于个别盏体，其他部位有活动性病变或不宜手术者。常用药物有链霉素、异烟肼、利福平、乙胺丁醇等。

（二）手术疗法：

1．肾切除指征：一侧肾结核破坏严重，对侧肾功能正常；一侧肾无功能，对侧肾严重积水，根据积水肾功能情况决定先引流或先切除无功能肾；双侧肾结核，一侧严重一侧轻，抗结核药控制下，应考虑切除严重一侧。

2．肾部分切除指征：局限于肾脏一极与肾盂相通的结核病灶，抗结核治疗1～2年，而病灶未能愈合；肾脏任何部位的局限性病灶，均可做部分切除，但要求所余部分要超过肾脏1/2以上。

3．术前准备：一般术前抗结核治疗2周。肾部分切除或肾病灶清除术前，要抗结核治疗6个月，尿内结核菌阴性，尿路造影复查后决定手术。

4．术后处理：术后至少继续术前抗结核治疗2周，以后减量连用6个月。定期进行静脉肾盂造影复查。

膀胱结核

【诊断要点】

(一)膀胱溃疡：

1．严重的膀胱刺激症状。

2．膀胱镜检查可以看到结核性溃疡。

(二)膀胱挛缩：

1．尿频非常严重，每次尿量减少，根据膀胱容量100ml以下者称中度膀胱挛缩，50ml以下者为重度膀胱挛缩。

2．排泄性或逆行性膀胱造影，可见膀胱明显缩小。

【治疗】

(一)膀胱溃疡的治疗：

1.5%异烟肼溶液30ml，加入链霉素0.5g，经导尿管膀胱内滴注，3次/d。

2．出血严重可用5%福尔马林充满膀胱，压力为20.0kPa(15cmHg)，维持15min。第1次无效，5d后可重复第2次。

(二)膀胱挛缩的治疗：

1．切除纤维挛缩瘢痕组织，应用乙状结肠扩大膀胱术。

2．肾脏有感染或肾功能减退者，则宜用回肠膀胱术。

附睾结核

男性生殖系中，前列腺、精囊、附睾及睾丸都可患结核。因附睾结核症状较为表浅，故在临床上颇受重视。

【诊断要点】

(一)早期常无症状，多为偶然发现阴囊内肿物。

(二)少数可有坠胀感或轻微压痛。

(三)肿物破溃而流脓，形成窦道。

【治疗】

(一)附睾结节小者可以用抗结核药物治疗。

(二)手术不宜在急性期进行，待病灶局限后再做切除。

(三)勿须生育者，可在切除病侧附睾时，结扎对侧输精管，可防止病

变向对侧蔓延。

肾 积 水

肾积水是尿液自肾脏排出受阻，造成尿流淤滞，肾盂内压增高和肾盂肾盏扩张，最终导致肾实质萎缩和肾功能损害。

肾积水分原发性和继发性2类。原发性肾积水最常见的原因是肾盂输尿管移行部梗阻。继发性肾积水见于上尿路梗阻、上尿路外的压迫和下尿路梗阻性病变。

【诊断要点】

(一)腰痛，为持续性钝痛或坠胀不适。

(二)腰腹部肿块，肿块逐渐增大，表面光滑呈囊性，有波动感。

(三)少尿与多尿交替发现，见于部分原发性肾积水患者，一次大量排尿后肿块突然缩小，尿量减少时，则肿块迅速增大。

(四)合并感染时体温升高。双侧肾盂积水可出现尿毒症。

(五)X线检查：

1. 静脉尿路造影：一般剂量的造影剂肾可不显影；大剂量静脉滴注造影剂并延迟拍片时间，可见肾盏肾盂扩张。并多数可明确积水原因和梗阻部位。

2. 逆行肾盂造影：此法可较清楚地显示肾盂连接部病变。

3. 肾穿刺尿路造影：适用于静脉尿路造影不满意，逆行造影失败的患者。

(六)B超检查：轻度肾积水显示肾盂，肾盏光点分离，中间发出透声暗区，肾积水明显时，则中心部出现透声暗区。

【治疗】

(一)病因治疗：先天性肾盂输尿管移行部狭窄时，应解除狭窄。如结石引起可取石或碎石。

(二)严重肾积水致肾功能全部丧失或有严重感染、积脓，但对侧肾功能良好者，可用患肾切除术。

(三)肾造瘘术：肾积水致肾功能极差，对侧肾由于其他疾病而功能亦不佳，呈现严重尿毒症者，积水肾宜先行急症肾造瘘术，待肾功能有所恢复，一般情况好转后，再进一步处理梗阻。

(四)双侧肾积水：注意寻找下尿路梗阻原因。一般先治疗情况较好的一侧，待情况好转后，再处理严重的一侧，通常先做一侧肾造瘘。

前列腺增生症

前列腺增生症是老年男性的常见病，其病因可能与老年人性激素平衡失调有关。增生形式有肌腺瘤和纤维硬化2种类型。

[诊断要点]

(一)早期表现为尿频，尤其夜间排尿次数增多，排尿困难，尿流无力。

(二)晚期可出现严重的尿频、尿急、排尿困难，最终出现尿潴留；也可出现血尿及充溢性尿失禁；也可继发结石。

(三)直肠指诊可扪及增生的前列腺，表面光滑，质地较硬，中央沟消失。一般前列腺增大程度以下述方法记录：前列腺鸡蛋大者为Ⅰ°增生；前列腺鸭蛋大者为Ⅱ°增生；前列腺鹅蛋大者为Ⅲ°增生。

(四)残余尿量测定：患者排尿后，插入导尿管或超声检查，测定膀胱内残余尿量。如残余尿量在60ml以上，则应施行手术。

(五)膀胱镜检：可见前列腺两侧叶或中叶增大，膀胱小梁增生。

(六)实验室检查：由于长期尿潴留影响肾功能，肌酐、尿素氮升高，合并尿路感染时，尿常规检查有红细胞、脓细胞。

(七)X线检查：泌尿系平片可有结石阴影；静脉尿路造影患肾常有积水或显影不佳，甚至不显影。膀胱尿道造影：经导尿管注入15%泛影葡胺150ml，摄前后位及排尿状态下片，前列腺增生时，膀胱底部抬高，有弧形密度减低阴影，后尿道长度显著伸长；膀胱壁小室、憩室所造成的充盈缺损以及输尿管逆流。

(八)B超检查：前列腺断面增大，以前后径、上下径增大明显，断面左右对称，包膜反射连续，内部为较细的均匀光点，为前列腺增生特征。

(九)CT检查：可发现前列腺增生的腺体部分，能将其与正常腺体分开。

(十)尿流率检查：最大尿流率及平均尿流率均明显减少，而排尿时间明显延长。

(十一)应与前列腺癌、神经源性膀胱、膀胱颈硬化、尿道狭窄鉴别。

【治疗】

(一)药物治疗：

1. 苯苄胺：10mg，2 次/d，口服，可改善症状，有心悸、鼻塞副作用，近年已少用。

2. 哌唑嗪：10mg，3 次/d，口服，为 α_1－R 阻滞剂，可以使膀胱颈部及前列腺的平滑肌松弛，改善排尿梗阻症状。

3. 乙烯雌酚：2mg，3 次/d，口服，有一定疗效，但副作用严重，并可损害心血管功能。抑那通一类药物可达去睾水平，但副作用大。

4. 氟尿嘧啶：0.25g，静注，7d 为 1 疗程。可抑制 5－α 还原酶，减缓睾酮转化成双氢睾酮的作用比黄体酮大 15 倍，可使前列腺萎缩。

5. 前列康、安尿通、益列康宁也可应用。

(二)注射疗法：经会阴穿刺，在前列腺组织内注入药液，可使前列腺缩小，使排尿情况有所改善。注射药物配方为：石碳酸 9ml、冰醋酸 9ml、甘油 18ml，加蒸馏水 450ml，混匀，分装成 3ml 安瓿。每次注射 3ml，每 7d 1 次，5 次为 1 疗程。

(三)热疗治疗前列腺增生症：应用的热源有微波和射频。多能缓解梗阻症状，适用于合并前列腺炎患者，梗阻严重时应先引流尿液，不恰当使用热疗会导致危及生命的并发症。

(四)经尿道用激光治疗前列腺增生症，高压气囊导尿管经尿道扩裂治疗前列腺增生症，前列腺尿道内安放螺旋导管。

(五)自动定位前列腺扩裂器治疗前列腺增生症：河南省苗延宗教授设计的自动定位前列腺扩裂器，待扩裂器到位后扩开 3.5cm，维持 10min，使前列腺联合部完全裂开，适用于无中叶增生者。

(六)经尿道前列腺电切(TURP)，适用于前列腺小于 50g 或中叶增生症。其优点有近期死亡率低，合并症少，住院日短。其缺点有：术后 70%－75%患者有残留症状。尿道狭窄率 1%～16%，再手术率 10%～20%。

(七)手术疗法：

1. 睾丸切除术：药物治疗效果不佳，患者不适于行前列腺摘除术者。

2. 耻骨上膀胱造瘘术：全身情况差，如年龄过高、雌激素治疗效果不佳、有严重肾功能损害者。

3. 前列腺切除术：适用于前列腺大于 50g；前列腺增生症伴膀胱结石；前列腺增生症伴尿路感染；前列腺增生症伴肾盂积水。

尿道狭窄

尿道狭窄大多由于尿道内伤、尿道外伤或骨盆骨折等创伤引起，多见于后尿道。

【诊断要点】

（一）有骨盆骨折、骑跨式外伤及器械操作等损伤病史；或有淋病感染史。包茎继发包皮阴茎头炎引起尿道口炎症狭窄。

（二）排尿困难，尿流变细，严重者呈滴沥状，甚至引起急性或慢性尿潴留。

（三）尿道探子，可帮助诊断。

（四）膀胱尿道造影：可观察狭窄部位和长度。

（五）静脉肾盂造影：可了解有无肾积水及输尿道扩张。

【治疗】

（一）一般尿道狭窄应定期进行尿道扩张。

（二）尿道口切开术：适用于尿道口狭窄。向阴茎腹侧切开尿道，然后用肠线缝合两侧创缘。

（三）尿道切开术：适用于广泛性前尿道狭窄。经尿道插入一尿道切开刀，将瘢痕组织切开后，以橡皮导尿管支撑 2 周，术后进行尿道扩张术。

（四）后尿道狭窄，手术方法较多，切除狭窄段后常用端端吻合术、膀胱粘膜成形术、前尿道拉入术。

上尿路结石

尿路结石形成机制有成核作用、结石基质和晶体抑制物质 3 种最基本学说。尿路结石所引起的病理改变是直接损伤、梗阻、感染、恶性变。

【诊断要点】

（一）血尿和疼痛：其程度与结石部位、大小、活动度有关。肾盂结石移动不大时，可引起腰部钝痛；结石引起肾盂输尿管移行部或输尿管梗阻时，出现绞痛，剧烈难忍，疼痛部位和放射范围可因结石梗阻部位而有所不同。一般沿输尿管行径放射。根据结石对粘膜损伤的程度，可表现为

肉眼血尿或镜下血尿。有时活动后镜下血尿是上尿路结石的唯一症状。

(二)结石伴感染时,可有尿频、尿痛等症状,继发肾盂肾炎或肾积脓时,可有发热、畏寒。儿童上尿路结石表现为尿路感染。

(三)双侧上尿路结石引起双侧完全性梗阻或独肾上尿路结石完全梗阻时,可导致无尿。

(四)排出砂粒:部分患者在疼痛和血尿发作时有小砂粒排出,并伴有尿道刺痛。

(五)实验室检查:测定24h尿钙、磷的含量,正常情况下钙为300mg,磷为800mg。血钙>2.7~2.8mmol/L或血磷<1.0mmol/L时应考虑甲状旁腺亢进的可能。

(六)X线检查:腹部平片阳性率在95%以上。静脉尿路造影,明确结石的位置及两侧肾功能。

(七)超声检查:肾集合系统内有强光团或光点,其后伴有声影。

【治疗】

(一)肾绞痛的治疗:阿托品0.5mg,皮下注射。绞痛剧烈时,可用哌替啶50mg与阿托品0.5mg合并注射。

(二)非手术疗法:

1.适应证:结石直径不超过1cm,无尿流阻滞或肾盂感染,不影响肾功能。

2.鼓励患者多饮水,多运动,以利结石排出。

3.中药:疏利气机,利尿排石为原则。可选海金砂15g、鸡内金9g、金钱草30g、车前子15g、萹蓄10g、瞿麦10g,连续服用。

4.定期X线检查,观察结石移动情况。

(三)手术治疗:

1.适应证:结石直径超过1cm而估计难排出者;肾盂有感染;伴肾盂积水或肾功能有损害者。

2.开放手术的方法:肾盂切开取石,肾窦切开取石,肾实质切开取石,肾部分切除,肾离体手术。

3.双侧肾结石,以病变轻,功能较好、结石少的一侧先行手术,待情况改善后,再行对侧手术。

(四)非开放手术治疗:

1. 输尿管套石术：适用于直径小于 0.8cm，下段输尿管结石。经膀胱镜插入套石篮套取结石。

2. 经皮肾镜取石或碎石术。

3. 输尿管肾镜取石或碎石术。

（五）体外震波碎石：通过 X 线或 B 超定位，将震波聚焦后进行碎石。除尿路梗阻、妊娠、过度肥胖不能聚焦外，上尿路结石均可用碎石疗法。

膀胱结石

原发性膀胱结石的发病率在我国已明显下降。多见于男孩。与营养不良和低蛋白饮食有关。

继发性膀胱结石常见于膀胱出口梗阻、膀胱憩室、神经源性膀胱、异物及长期留置导尿者，肾结石排至膀胱亦是原因之一。

【诊断要点】

（一）尿流中断与疼痛：结石阻塞尿道口时，排尿突然中断，并感疼痛，向尿道远端放射。

（二）尿频：结石刺激膀胱三角所引起，如伴有感染则尿频、尿急、尿疼痛更明显。

（三）直肠指诊能触及较大结石。

（四）金属尿道探子探查膀胱，碰到石头则有摩擦感。

（五）X线检查：膀胱区平片可显示阳性结石。

（六）B超检查：能显示结石声影。

（七）膀胱镜检：了解结石的大小、形态、数目，有无其他病变。

【治疗】

（一）结石小于 3cm 或松脆的磷酸盐结石，在膀胱镜下以碎石钳夹碎后取出。

（二）结石直径大小 3cm 或憩室内结石，须做耻骨上切开取石。

（三）伴有下尿路梗阻疾病，必须同时治疗。

尿道结石

尿道结石绝大多数来自肾和膀胱。尿道狭窄、尿道憩室及有异物存在时，可在尿道内形成结石。

【诊断要点】

(一)结石进入尿道,即突然发生排尿困难、疼痛和急性尿潴留。

(二)前尿道结石,沿尿道可以摸到。

(三)金属尿道探子插入尿道可以触及结石。

(四)X线平片,可以显示阳性结石。

【治疗】

(一)舟状窝部结石,应从尿道外口取出,必要时可切开尿道外口。

(二)后尿道结石,用探子或用注射器推入石蜡油,可使结石退回膀胱,再做耻骨上切开取石。

(三)阴茎体部尿道结石,向尿道灌石蜡油后用力排尿可使结石排出。不能排出者,可做尿道切开取石术。

(四)中医治疗:

1.湿热:症同前述。舌苔黄腻,脉滑数或弦数。可用八正散、石苇散、小蓟饮子加减。

2.瘀滞:症同前述。舌有瘀点,脉细涩。治法:理气活血,通淋散结。方药:桃红四物汤、少腹逐瘀汤或化瘀尿石汤。

(五)针灸治疗:

1.体针:上段结石取肾俞、三焦俞、京门、天枢、气海。下段结石取次髎、膀胱俞、中极、水道。

2.耳针:取肾、膀胱、交感、皮质下、输尿管区、耳轮敏感点。

肾　癌

肾癌从肾小管上皮细胞发生,临床分透明细胞癌、颗粒细胞癌、梭形细胞癌。

【诊断要点】

(一)临床表现:

1.间歇无痛全程肉眼血尿为最常见初发症状。肿瘤较大时可在腹部或腰部出现肿块。可有腰部隐痛,血块通过输尿管时可发生绞痛。

2.肾癌的肾外表现有低热,血沉快,高血压,红细胞增多症,高血钙,症状性精索静脉曲张。

3.转移症状:病理骨折,神经麻痹,咯血。肾癌患者就医时约1/4已

有肿瘤扩散。

(二)泌尿系平片及静脉肾盂造影：可见肾外形增大，不规则，偶有点状或絮状钙化影。造影可见肾盏、肾盂因受肿瘤挤压有不规则变形或充盈缺损。病肾不显影时可行逆行造影。

(三)肾动脉造影：动脉期可见肾动脉增粗，肾实质局限性血管增多，分布散乱，粗细不均，肾静脉早期显影；实质期显示肾影不规则增大，实质内有局限性不均匀性密度增高阴影，晚期片上表现造影剂聚积；静脉期可见肾静脉和下腔静脉增粗，其内可发现充盈缺损或栓塞征象。

(四)CT：肾不规则增大，肾盂、肾盏变形、移位，静注造影后，正常肾实质密度明显增强，病变区为轻度增强的低密度区。

(五)超声检查：瘤体较小时呈高回声型，瘤体增大到4～5cm以上时呈低回声型，内部有出血、坏死、钙化时呈不均匀回声型。

【治疗】

(一)根治性肾切除，应同时切除肾周筋膜和脂肪，连同肾门淋巴结，先结扎肾蒂血管可减少出血和扩散，静脉内癌栓应同时取出。

(二)对体积较大的肾肿瘤，术前可采用肾动脉栓塞术，使肾癌体积缩小，肾切除得以顺利进行。

(三)化学治疗：每日静脉注射环磷酰胺200mg，50d为1疗程。

(四)放射治疗：肾腺癌放射治疗效果不肯定。不宜手术的病例或手术切除不彻底者，可试行放射治疗。

肾盂肿瘤

泌尿系统的肾盂、输尿管、膀胱、尿道均覆有移行上皮，其肿瘤的病因、病理等相似，且可同时或先后在不同的部位出现肿瘤。因肾盂壁肌层很薄，周围淋巴组织丰富，常有早期淋巴转移。肾盂偶尔因结石、感染长期刺激，发生鳞状细胞癌。

【诊断要点】

(一)早期表现：为间歇性无痛性肉眼血尿，常无疼痛和肿块，偶因血块堵塞输尿管引起绞痛。

(二)尿细胞学检查：容易发现癌细胞。

(三)膀胱镜检查：可见输尿管口喷出血性尿液。

(四)尿路造影:肾盂内充盈缺损、变形。应与尿酸结石或血块鉴别。

(五)输尿管肾镜、B超、CT检查对诊断肾盂癌有重要价值。

【治疗】

(一)手术治疗:做肾、全长输尿管、肾旁组织及淋巴结整块切除,输尿管口周围的一部分膀胱亦应切除。

(二)放射治疗:可做为手术前后的辅助治疗或作为减轻症状的治疗。手术后及放疗适用于手术切除不彻底,有肿瘤残余的病例。

膀胱肿瘤

膀胱肿瘤是泌尿系常见的肿瘤之一,男多于女(男:女为4:1),发病年龄多在40岁以上。

膀胱肿瘤分布以三角区和侧壁多见。转移途径有局部浸润,通过淋巴和血液向远处转移。

【诊断要点】

(一)血尿:特点为间歇性无痛性全程肉眼血尿,占70%~90%,血块阻塞尿道时,发生排尿困难、尿潴留。

(二)膀胱刺激症状:肿瘤浅层组织坏死脱落并发感染、侵犯三角区或肿瘤过大使膀胱容量减少时,均可引起尿急、尿频、尿痛。

(三)肾积水:肿瘤侵犯输尿管口引起梗阻,致肾、输尿管积水,肾功能减退。如侵犯两侧输尿管口,可以引起尿毒症。

(四)疼痛和恶液质:晚期肿瘤侵犯骨盆,盆腔淋巴结转移,引起耻骨上、骶部和会阴区疼痛,以及食欲减退、贫血、消瘦、下肢浮肿、发热等全身症状。

(五)双合诊检查:通过直肠与耻骨上区双合诊检查,60%可以触到膀胱内肿块。

(六)尿液脱落细胞检查:留晨尿做病理检查,60%可以找到脱落细胞。

(七)静脉肾盂造影:了解双肾功能情况,有无肾、输尿管积水。并显示膀胱肿瘤、充盈缺损表现。

(八)CT、B超检查:对确定肿瘤部位、大小、浸润深度均有价值。

(九)膀胱镜检:可观察到肿瘤大小、数目、部位、浸润程度,以及肿瘤

和输尿管口的关系。并可活检。

【治疗】

(一)手术治疗：

1. 经膀胱镜下电灼或电切除：适用于单个或为数不多、直径不超过1cm、有蒂而浅表的乳头状癌。术后每3个月复查膀胱镜。

2. 膀胱部分切除：适用于浸润较浅和局限于一处的肿瘤，切除范围应距肿瘤基部边缘2cm以上。如切除范围影响到输尿管口时，应将输尿管重新移植于膀胱。术后定期复查膀胱镜。

3. 膀胱全切除：适用于多发性、体积大、浸润深、恶性度高的肿瘤及多次反复发作的肿瘤。做膀胱全切除有时包括精囊、前列腺全切除。膀胱全切除术后须行尿流改道，常用回肠膀胱术　近年开展的有可控回肠膀胱术、可控回肠代膀胱术。

4. 晚期膀胱癌，不能耐受全膀胱切除者，可行输尿管乙状结肠移植术或输尿管皮肤造口术。

(二)化学治疗：膀胱乳头状瘤行电灼或部分膀胱切除后或病变散在而最大病灶不超过0.5cm直径者，可用噻替哌膀胱内灌注。应用方法：放导尿管排尽残余尿，噻替哌60mg用蒸馏水60ml稀释，注入膀胱，拔去导尿管，嘱患者取仰卧、左右侧卧、俯卧及站立位，每15min改变1次体位，使膀胱四周均能接触到药液，2～3h后排尿。4～7d灌药1次，以10次为1疗程。治疗期间定期检查白细胞计数及询问有否胃肠道反应。氟尿嘧啶500mg，隔日静脉注射1次，总剂量达15g为1疗程。停药2个月后可用第2疗程。另外，可选用顺氯氨铂、阿霉素、丝裂霉素。

(三)免疫治疗：用免疫佐剂刺激机体细胞的免疫反应，提高机体对肿瘤的免疫能力。卡介苗用于治疗膀胱癌有一定效果。方法是：卡介苗疫苗120mg溶解于生理盐水60ml，做膀胱内灌注，保留2h，每周1次，连续6周。

(四)放射治疗：可以和手术同时用，对手术治疗有禁忌的患者也可以单独使用，放射治疗，以外照射为主，腔内和组织间照射已极少使用。

(五)中药治疗：白花蛇舌草30g、白英30g、蛇莓15g、金钱草30g、土茯苓30g、薏苡根30g。

(六)预防：

1. 由于某些化学物质(如联苯胺)和某些慢性刺激(慢性膀胱炎及膀胱结石)与膀胱肿瘤发生有关,因此,对接触这类化学物质的人,应定期检查和采取一定防护措施,对膀胱内感染应及时治疗。

2. 预防复发:一般在保留膀胱的膀胱癌手术后,要3个月复查1次膀胱镜、尿脱落细胞检查。手术后要应用噻替哌做膀胱灌注。

阴茎癌

阴茎癌绝大多数发生于包茎或包皮过长的患者,是长期包皮垢积聚在包皮内刺激所引起,是可以预防的肿瘤。

【诊断要点】

(一)病史:大部分病例有包茎或包皮过长。

(二)症状:早期仅感包皮内刺痒、灼热或疼痛,合并感染时,疼痛较剧。发热、贫血均为晚期症状。

(三)检查:

1. 包皮若能上翻暴露阴茎头部,可见到硬块或红斑,突起小肿物或经久不愈的溃疡。

2. 包皮不能上翻而无法检查的局部硬块,可施行包皮背切或包皮环切术检查,若有可疑病变(如结节、溃疡等),应做活组织检查。

3. 晚期病变为菜花样,阴茎部分或大部分被癌瘤破坏,有恶臭,两侧腹股沟淋巴结均增大。

4. 腹股沟淋巴结肿大是否转移癌要鉴别。转移癌往往坚硬、无压痛、固定。在原发灶切除并经抗生素治疗后仍不缩小。

【治疗】

(一)手术治疗:肿瘤不大可做阴茎切除术,至少在癌以上2cm处切断。如残留阴茎不能站立排尿或性交时,应行阴茎全切除术,尿道移植至会阴部。有淋巴结转移者应在原发灶切除术后3～6周控制感染后行两侧腹股淋巴结清除术。

(二)放射治疗:早期或年青人阴茎癌可行放射治疗。放射治疗剂量大时可引起尿道瘘、狭窄。

(三)化学治疗:争光霉素15mg,用生理盐水20ml稀释后缓慢静注,每日或隔日1次,总量45mg为1疗程。

睾丸肿瘤

睾丸原发性肿瘤可分为生殖细胞瘤与非生殖细胞瘤。前者发生于曲细精管的生殖上皮，约占睾丸肿瘤的95%，后者发自间质细胞。

[诊断要点]

(一)病史：有异位睾丸或睾丸下降不全病史，以及睾丸损伤、感染史。

(二)睾丸沉重不适感或胀痛。

(三)检查：睾丸肿大呈球形，质地坚硬，有沉重感。透光试验阴性。有时于腹部、腹股沟部扪及肿块，同时阴囊空虚。

(四)放射免疫诊断：血清胎甲球蛋白(AFP)含量可增高(正常值为1~6μg/L)，尿内绒毛膜促性腺激素(HCG)含量可明显增高。

(五)尿路造影及胸部拍片：可见腹膜后肿块推移肾、输尿管。肺部可见转移灶。

(六)淋巴造影：可见腹主动脉旁淋巴结充盈缺损或淋巴管扩张。

(七)B超检查：可发现腹腔及肺部等处肿瘤转移灶。

(八)腹膜后淋巴结CT检查：可发现淋巴结有癌肿浸润。正常淋巴结不能显示。

[治疗]

(一)精原细胞瘤：睾丸切除后，腹膜后淋巴结应做放疗，每野总剂量387-645mC/kg(即1 500~2 500伦琴)，能收到良好疗效。

(二)胚胎癌和畸胎癌：高位睾丸切除后，还须做腹膜后淋巴结清除术。如有淋巴转移，则术后辅以放射治疗，并可试用化疗。药物可用顺氯氨铂、长春花碱、更生霉素等。

(三)绒毛膜上皮癌：早期就可进行转移，治疗以中西药为主。中药龙葵60g，每天煎服。化学药物可选用氟尿嘧啶、6-巯基嘌呤、更生霉素等。

前列腺癌

前列腺癌的病因尚不清楚，可能与遗传、环境、性激素等有关。前列腺癌98%为腺癌，常从前列腺萎缩的外周产发生，大多数为多病灶。前列腺癌可分潜伏型、隐蔽型等几种类型，临床症状同前列腺增生症。

【诊断要点】

(一)症状:早期无症状,晚期出现与前列腺增生相仿的症状,如尿频、排尿困难。或由于转移出现腰痛、骶髂部痛。

(二)肛诊检查:前列腺坚硬如石,表面不光滑,肿块应与前列腺结核或结石鉴别。

(三)血清酸性磷酸酶测定:有内转移的患者,可升高。

(四)血清前列腺特异抗原测定:前列腺特异抗原是前列腺癌的敏感的肿瘤标志物。

(五)X线检查:骨盆、腰椎拍片对诊断肿瘤是否转移是一个重要步骤。

(六)B超、CT 检查可发现肿瘤。

(七)活组织检查:经直肠穿刺摘取前列腺部位可疑组织做活检或针吸细胞学检查。

【治疗】

(一)根治性前列腺切除术:局限在前列腺包膜以内的前列腺癌可采用耻骨后途径,切除前列腺,然后将膀胱前壁全层组织做成皮管与后尿道吻合。肿瘤较大者可将后尿道、前列腺、精囊及膀胱全切除。游离一段回肠做回肠膀胱术。

(二)内分泌治疗:应用于前列腺癌超出包膜并有淋巴结转移者。

1. 乙烯雌酚 4mg,3 次/d,口服。

2. 双侧睾丸切除术。

3. 促黄体释放激素类似物也可选用。

(三)放射治疗:适用于局部无法切除而远处又无明显转移的病例。可采用体外照射、腔内照射。

(四)化学药物治疗:晚期已有转移者,可用雌二醇氮芥。

肾 下 垂

正常人呼吸运动或改变体位时,肾脏上下活动范围为一个腰椎椎体,超过这个范围称为肾下垂。若能在腹部触及整个肾脏。且能在腹部各个方向活动者,称为游走肾。

【诊断要点】

(一)多发生于20～40岁瘦高体型的女性，右侧多于左侧。

(二)腰痛：多为钝痛或牵扯痛，劳动与久站后诱发、平卧后渐缓解、肾蒂扭转时，可出现肾绞痛、恶心、呕吐、脉快、血压下降，称为狄特尔危象。

(三)血尿多为镜下血尿，高血压为间歇性。有时可有消化道症状和精神症状。

(四)在仰卧、侧卧、直立位触诊肾脏，确定肾脏的位置和移动度。

(五)B超检查：取平卧位与立位检查，肾脏随体位改变而移动。

(六)X线检查：静脉肾盂造影，平卧位和直立位相比，了解肾盂的位置。

(七)肾下垂须与先天性异位肾鉴别：先天性异位肾多位于下腹或盆腔内，位置固定、平卧后肾脏不能复位。

【治疗】

(一)有腰痛、血尿者，应加强营养，锻炼腹肌，紧束宽弹性腰带托起肾脏，服补中益气丸。

(二)有肾积水、感染者，应施行肾悬吊固定术，将肾悬吊于肋骨上，或利用肾周筋膜将肾托起，再与腰肌缝合固定。

(三)严重神经官能症患者，手术应慎重。

精索静脉曲张

精索静脉曲张系因精索静脉血流淤积而引起，精索蔓状静脉丛伸长、扩张、迂曲。左侧精索静脉呈直角回流入肾静脉，加之受邻近乙状结肠的压力的影响，血流阻力大，故左侧精索静脉曲张多见。

腹膜后肿瘤压迫精索内静脉，癌栓充塞肾静脉使血液回流受阻，可导致精索静脉曲张，称为症状性精索静脉曲张。

【诊断要点】

(一)症状：阴囊部坠胀不适，站立过久或行走劳累后加重，平卧后可缓解。常有神经衰弱及性功能紊乱。

(二)检查：立位可见一侧阴囊肿大，睾丸下垂。并可触到蚯蚓状曲张的静脉团，平卧静脉团缩小。症状性精索静脉曲张，平卧位曲张的静脉

团并不缩小。

(三)可伴有腹股沟疝、睾丸萎缩、鞘膜积液、下肢静脉曲张。

【治疗】

(一)年龄轻,症状不严重者,可试行非手术疗法:

1. 阴囊托起,局部冷敷。

2. 避免性生活过度,减少盆腔及会阴静脉充血。

3. 曲张静脉内注射50%高渗葡萄糖溶液,一般每侧注射10~20ml。促使曲张静脉硬化。

(二)症状严重可做手术治疗,常用方法是:腹股沟切口,在内环处高位结扎精索内静脉。必要时可切除阴囊内的部分扩张静脉。

(三)也可采用精索内静脉与腹壁深静脉吻合。还可经股静脉插入导管行精索内静脉栓塞。

(四)中医治疗:症同前述。轻症可用补中益气汤,重症可加用金匮肾气丸合少腹逐瘀汤。

(五)单验方:黄芪30g、鸡血藤30g、小茴香10g、丹参30g、红花10g、羌活10g,水煎,熏洗局部,30min/次,2次/d,每剂药可用2~3d。

鞘膜积液

胎儿时随睾丸下降而腹膜鞘状突闭锁,如腹膜鞘状突全部或部分未闭锁而形成的囊腔内或正常睾丸鞘膜囊内,有多量液体积聚时就成为鞘膜积液。临床分先天性交通性鞘膜积液、精索鞘膜积液、睾丸鞘膜积液,其中以睾丸鞘膜积液最常见。

【诊断要点】

(一)有创伤、急性睾丸炎、附睾炎、精索炎、结核病史。

(二)症状:阴囊内肿胀,可伴疼痛及下坠感。肿块大者,影响活动、排尿及性生活。

(三)检查:阴囊内囊性肿胀,呈球形或梨形。伴睾丸下降不全时,为腹股沟或耻骨旁的囊性肿物。表面光滑,有波动感。先天性交通性鞘膜积液于平卧时按压肿块,可逐渐缩小或完全消失,但站立又出现。精索鞘膜积液常于精索上扪到肿块,牵拉精索,肿块随之下移。

(四)阴囊部透光试验阳性,穿刺可抽得液体。

【治疗】

(一)婴儿先天性交通性鞘膜积液,可观察一个时期,以待鞘状突自行闭锁的可能。

(二)药物注射疗法:适用于非交通性鞘膜积液,先将囊液抽尽,然后注射硬化剂。

(三)手术治疗:

1. 先天性交通性鞘膜积液,做鞘膜囊高位结扎及鞘膜反转术,如合并腹股沟斜疝者一并修补。

2. 一般睾丸鞘膜积液做鞘膜反转术。

3. 精索鞘膜积液做囊肿摘除术。

(四)中医治疗:寒疝疼痛,痛引睾丸,阴囊结硬或肿胀难消、小便不利。舌淡、苔薄白,脉弦。治法:行气散寒止痛。方药:导气汤(川楝子12g,木香9g,小茴香、吴茱萸各6g)。

包皮嵌顿

【诊断要点】

(一)包皮向上翻起而不能复位,包皮口紧勒在冠状沟部,局部出现瘀血、水肿、疼痛。

(二)嵌顿时间过长,包皮和阴茎头发生溃烂,以至坏死。

【治疗】

(一)对于有包茎者应早期行包皮环切术,以防包皮嵌顿。

(二)包皮嵌顿应首先手法复位,复位失败,应做包皮背侧切开复位。

(三)复位后待炎症水肿完全消散,感染控制后,应行包皮环切。

尿道肉阜

尿道肉阜又名尿道肉芽肿,是女性最常见的尿道口疾病。由于尿道口的长期慢性刺激、尿道梗阻等原因,致粘膜下小静脉壁变薄和曲张,导致局部粘膜组织增生、炎性细胞浸润。

【诊断要点】

(一)多见于20~60岁成年女性。

(二)疼痛:局部有烧灼样疼痛。

(三)出血：一般为少量局部出血，仅见衣裤上血迹。

(四)肿块：多于尿道口后壁上见鲜红色息肉样肿块突出或呈环形绕尿道口，借一蒂或丛状附着于尿道口，基底部常较宽，肿块触痛明显。极易出血。

(五)尿道肉阜须与尿道息肉鉴别：尿道息肉有蒂与深部相连，可脱出尿道口外。

(六)尿道肉阜须与尿道癌鉴别：尿道癌可于尿道口处出现肿块，但质硬，表面有溃破，伴臭味分泌物，经阴道触诊，可发现尿道增粗、变硬，腹股沟淋巴结可肿大，活组织病理检查可明确其性质。

【治疗】

(一)做尿道肉阜切除，并用高频电流灼烧其基底部，防止复发。切除组织送病理检查，以与肿瘤鉴别。

(二)不愿行肉阜切除术者，可用乙烯雌酚0.5mg，每晚1次，塞入尿道内，连用15次为1疗程，每隔3～4个月重复进行。

女性压力性尿失禁

当膀胱内压力增加时，尿液不自主地从尿道口流出。主要原因是尿道长度不足，正常立位是3cm以上；膀胱尿道后倾角消失，正常尿道与膀胱底部成90°角；尿道与立位垂线所成尿道倾角增大，正常为30°角；尿道周围的肌肉与筋膜松弛；产伤或手术伤；绝经期后的老年患者，肌肉萎缩；复杂性尿瘘修补术后并发症。

【诊断要点】

(一)根据临床症状程度，可分4度：

Ⅰ度：咳嗽等腹压增加时，偶尔有尿失禁。

Ⅱ度：任何屏气及使劲都有尿失禁。

Ⅲ度：直立时就有失禁。

Ⅳ度：立位、卧位都有尿失禁。

(二)尿道抬高试验：膀胱内先注入生理盐水200ml，于截石位或直立位屏气增加腹压，可出现尿失禁。此时以手指经阴道抬举尿道膀胱交界处，尿失禁即消失，可肯定为压力性尿失禁。

(三)尿道检查：尿道松弛宽畅。

(四)膀胱尿道造影:尿道缩短,尿道宽畅,颈部呈漏斗状。

【治疗】

(一)非手术治疗:

1. 加强身体锻炼及会阴部肌肉训练,收缩直肠及膀胱括约肌,3 次/d,每次 30 下,至少半年。

2. 避免过分用力,治疗慢性咳嗽、便秘。

3. 适当应用颠茄类解痉剂,减少尿道刺激。

4. 绝经后的患者,给予乙烯雌酚 2mg,3 次/d,口服。

(二)手术治疗:

1. 经阴道尿道折叠术:适用于压力性尿失禁伴有子宫脱垂或膀胱膨出的患者。

2. 膀胱尿道耻骨骨膜悬吊术:有引起耻骨炎的可能。

3. 耻骨后尿道腹直肌鞘悬吊术:效果较好,可以矫正膀胱尿道后角,又延长了尿道长度。

4. 尿道延长手术。

5. 股薄肌围绕尿道法。

6. 尿道外口抬高法。

(三)注射疗法:

1. 尿道内注射戊二醛交联胶原:注射前要先做皮肤过敏试验,30d 没反应才能进行。患者须没有尿道炎、膀胱炎、前列腺炎,一般需注射 2 次。

2. 国产液态硅胶尿道粘膜下注射:取成型硅橡胶 M 组和 U 组分等量吸入注射器反复混合,然后置入 42℃ 热盐水中进行体外加温 20min,将加温之硅胶分别注射于尿道内口下 1cm 的 3 点和 9 点处之粘膜下,注射量为 0.6～1.6ml。服用消炎剂预防感染。

(四)中医治疗:补中益气丸。每次 1 丸,2 次/d。

肾血管性高血压

肾血管性高血压是肾动脉有狭窄性病变,引起肾血流量减少和肾缺血,刺激近球细胞和致密斑,促进了肾素的合成和释放,再通过肾素－血管紧张素－醛固酮系统的活动引起血压升高。肾动脉狭窄原因常见于 50 岁以上男性的动脉粥样硬化及 30 岁以下女性的大动脉炎。

【诊断要点】

(一)多发生在青少年,年龄<30岁或>50岁,无高血压家族史。服降压药无明显效果。大多数舒张压高于16.0kPa。

(二)约半数患者可在腹部或背部闻及血管杂音。

(三)血浆肾素活性测定:含量明显升高者约80%为肾血管性高血压。

(四)核素扫描:肾盂d段低。

(五)静脉肾盂造影:其主要变化为:患肾长度较健肾小1cm,注射造影剂后最初5min摄片患肾显影较淡,15min后患肾显影较对侧为浓。

(六)数字减影,肾动脉造影:可见肾动脉及其分支有狭窄性病变,其远侧血管常扩张。

【治疗】

(一)术前准备:用β肾上腺素能受体阻滞剂(如心得安)及各种转化酶抑制剂直接阻断血管紧张素Ⅱ的活性。

(二)外科治疗:

1. 经皮穿刺肾动脉扩张术。

2. 血管重建手术,包括:①肾动脉病变内膜切除术;②肾动脉狭窄段切除吻合术;③血管壁成形术;④搭桥手术;⑤脾肾动脉吻合术;⑥自体肾移植。

3. 肾切除术:患肾萎缩小于健肾1/2以上或功能严重丧失。

男性不育症

男性不育症是精子发生、输送、射精等缺陷引起的不能生育。常见原因是睾丸发育不全,隐睾症,青春前期因患腮腺炎而并发睾丸炎,精索静脉曲张,维生素A、维生素E缺乏,长期受高温及放射的影响,自身产生精子抗体。输精管先天性缺损或外伤后狭窄,附睾、输精管、精囊、前列腺疾患,阳痿,不射精,逆行射精等。参考妇产科不孕症节。

【诊断要点】

(一)临床表现:婚后正常性生活3年以上无生育子女,女方生殖系统检查正常。

(二)体格检查:除全面检查外,应特别注意外生殖器及第二性征的检

查。

(二)实验室检查：

1. 精液检查：正常精液量 2.5～3.5ml，精子密度 0.6 亿～1.2 亿/ml，液化时间 20min，正常精子活动 60%，畸形精子不超过 20%。

2. 前列腺液；内分泌激素；康华反应。

(四)尿道镜检查：有逆行射精者，可见尿道嵴肥大或膀胱颈无力。

(五)精道造影检查：了解精子输送通道有无阻塞。

(六)睾丸活组织检查：可以鉴别阻塞性无精子症与睾丸发育不全的无精子症。

(七)精子抗体的检查：精子抗体的免疫荧光检查及细胞免疫检查。

(八)细胞遗传学的实验室检查：血细胞鼓槌体检查，口腔粘膜的性染色质检查及血培养染色体核型分析。

【治疗】

(一)全身性疾病：营养障碍、维生素缺乏等因素引起的，则应治疗全身性疾病并补充营养及维生素。

(二)生殖系畸形、精索精脉曲张引起的不育症，则应施行相应手术治疗。

(三)内分泌紊乱引起的精子过少，可以应用激素治疗：

1. 有垂体功能减退的症状和体征，可应用绒毛膜促性腺激素治疗，每天肌肉注射 500u，30d 为 1 疗程。

2. 睾丸酮治疗：垂体促性腺激素功能良好，睾丸活检显示曲细精管正常大小，间质细胞正常，但生精上皮细胞被抑制停留在精原细胞阶段，可应用睾丸酮治疗。丙酸睾丸酮 50mg，每周 3 次，肌注，12 周为 1 疗程。用药后一定时间内生精抑制，但停药 6 个月内精子数可大大超过治疗前水平，精子活动增加。但这种反跳往往是暂时的。

(四)积极治疗生殖道炎症(如睾丸炎、前列腺炎)，由于生殖道炎症可以使精液成分改变，影响精子活力及受孕能力。

(五)有性功能障碍，应积极治疗。

(六)精道阻塞：如附睾尾阻塞，可做附睾头部和输精管吻合术。

(七)甲状腺功能减退者，应用甲状腺素治疗有时能改善精液质量。

(八)中医治疗：

1. 肾阴虚：腰酸腿软，心烦口干，手足心热，大便秘，小便黄，舌红、苔少，脉细数，常见精量少或不液化、无精子、死精子或少精子。治法：滋阴补肾。方药：左归饮或左归丸；若阴虚相火旺者，宜滋阴清热，可用知柏地黄丸。若阳事易勃起或不能射精加山栀、龙胆草、柴胡、路路通、王不留行。

2. 肾阳虚：腰酸腿冷，阳事不坚或阳痿，便溏，小便清长，舌胖、苔白润，脉沉弱或两尺脉弱，常见精液清冷，精子数少、精子活动率低、活动力弱。治法：温肾阳佐滋肾阴。方药：右归丸或右归饮加减。

3. 气血虚弱精亏：身倦乏力，嗜卧，舌淡、苔少，脉沉细，或仅见精液异常而无自觉不适。治法：益气养血填精。方药：龟鹿二仙胶合五子衍宗丸。

4. 湿热下注：小腹隐痛，两腿沉重，身倦乏力，心烦口干，小便频浊，阴部潮湿，舌红、苔黄腻，脉滑或数。常见兴阳正常或阳痿、精子数目少，精子活动率低或活动力弱，精液中有较多白细胞及脓细胞。治法：清热利湿。方药：龙胆泻肝汤加减。

5. 肝脉瘀滞：伴有精索静脉曲张，舌淡红或暗红，脉沉涩。常见无精、少精子，精子活动率低、活动力弱，精液中可见较少白细胞。治法：疏肝温阳。方药：暖肝煎或橘核丸。

(九)针灸治疗：

1. 体针：关元、肾俞、次髎、气穴、照海。不射精加太冲、三阴交、阴陵泉；精子异常加足三里、太溪、夹脊；阳痿加足三里、命门；肾阴亏加然谷、复溜。

2. 耳针：睾丸、内分泌、肾、尿道、皮质下。

3. 灸法：关元、气穴，针三阴交；命门、肾俞，针太溪。艾炷隔姜灸，每穴每次灸大艾炷 5 壮，针刺用被法。每组针灸 5 - 10d 为 1 疗程。疗程间隔 5d。

男性性功能障碍

男子性功能是一个复杂的生理过程，功能障碍的原因可分功能性及器质性。功能性的有大脑皮质抑制作用增强(过度兴奋，极度疲劳、恐惧、焦虑)；兴奋作用增强(神经衰弱患者内抑制减弱)；脊髓中枢功能紊乱(勃

起中枢和射精中枢可发生兴奋性增强、减弱或消失)。器质性病变可有生殖系统的先天性畸形和炎症;神经系统的肿瘤和损伤;内分泌系统下丘脑垂体、肾上腺、睾丸、甲状腺病变等。

【诊断要点】

(一)仔细询问有无不正常的性生活习惯和精神状态的病史。

(二)有慢性尿道、前列腺、附睾感染者,可有相应症状和体征。

(三)临床表现:

1. 性欲低下:在性刺激下缺乏性交欲望。

2. 阳痿:有性欲要求但阴茎不能勃起或者能勃起但硬度差,使之不能进行性交。85% 为功能性,15% 为器质性。

3. 早泄:阴茎勃起短暂,未插入阴道即射精。

4. 遗精:指无性交活动情况下发生射精。

5. 不射精:性交时阴茎能勃起,但不能射精,也无性欲高潮。多数是精神因素,也可能与性交过于频繁有关。

6. 逆行射精:性交能达到高潮,也有射精动作,但精液不能射入女方阴道内,却射向自己的膀胱内。见于糖尿病并植物神经障碍,膀胱颈无力。

(四)体格检查:应特别注意乳房、神经系统、睾丸、外生殖器的检查。

(五)阳痿可经罂粟碱入工勃起试验、海绵体造影、彩色 B 超检查阴茎血流指数,鉴别心理性、静脉漏性或动脉供血不足性阳痿。

(六)膀胱内压测定:异常者为神经原性阳痿。

(七)血糖及糖耐量测定:可肯定是否糖尿病阳痿。

(八)激素测定:

1. 血浆黄体激素增高、睾酮下降,病变位于睾丸。

2. 血浆黄体激素、睾酮均降低,病变在垂体。

3. 血浆黄体激素、睾酮降低,催乳激素增高,病变在视丘下。

4. 血浆睾酮增高伴 T_3、T_4 同时增高,是隐匿性甲状腺功能亢进的表现。

(九)阴茎海绵体造影:将造影剂注入阴茎海绵体内,观察其存留时间,正常男性,造影剂应在体内存留 10min。由于阴茎静脉系统先天性病变或海绵体静脉窦与阴茎头循环间通道形成而致阳痿者,其静脉回流不

通过海绵体底部的环状回旋静脉，而直接经阴茎背深静脉回流入盆腔，因此造影剂在海绵体内存留时间缩短。

（十）阴茎血压测定：多数用绕于阴茎体3cm宽的气囊止血带和多普勒超声探查仪测定，正常时阴茎血压低于肱动脉的收缩压，其差值为2.6kPa，如差值大于5.2kPa，则有阴茎供血不足。

【治疗】

（一）仔细了解病史，寻找发病原因，指导正常性的性生活习惯，解除不正常的精神状态。

（二）性功能障碍症状明显者，应暂停性交和避免性兴奋一个时期，以利于大脑皮质及脊髓性兴奋中枢功能的恢复。

（三）有泌尿生殖系感染或其他疾病者，应给予必要的处理。

（四）阳痿及不射精的处理：

1. 激素类药物：有助于提高性中枢的兴奋性，一般只作短期应用，以免用药过久而抑制性激素的分泌。丙酸睾丸酮50mg，1次/d，肌肉注射，连续5～7d为1疗程；或绒毛膜促性腺激素1 000u，肌肉注射，每周2次，连续应用2周。

2. 海绵体造影有静脉漏而又无动脉供血不足的患者采用背深静脉结扎、切除，切除约5cm，治愈率达70%。

3. 阴茎海绵体内注射血管活性药物治疗阳痿：阴茎根部侧方穿刺一侧阴茎海绵体，注射罂粟碱30mg及酚妥拉明0.5～1mg，0.5h后可进行性交。

4. 植入硅橡胶－银阴茎假体治疗阳痿：神经性的阳痿应首选阴茎假体治疗。

（五）遗精及早泻的治疗方法：

1. 药物治疗：谷维素10mg，3次/d，口服；普鲁苯辛30mg加利眠宁20mg，每晚口服。

2. 性交前5min，阴茎头部外涂2%可卡因溶液。

3. 理疗：腰骶部超短波透热或水浴疗法。

上述性功能障碍的中医及针灸治疗，可参见男性不育症。

【附】男性节育措施

（一）输精管注射绝育法：用注射针头经阴囊皮肤直接穿刺输精管，然

后注入一种石炭酸 504 混合剂，药液能在短时间内凝固，以达到堵塞输精管的目的。

（二）输精管结扎术：

1．术前准备：

（1）向受术者介绍输精管结扎术的解剖生理知识，以增加手术信心。

（2）询问有关药物过敏史，做普鲁卡因过敏试验。

（3）用湿肥皂水清洗外阴部，剃去阴毛。

（4）用 1∶1 000 的湿热新洁尔灭溶液浸洗阴囊、阴茎 5min。

2．手术方法：

（1）用 1∶1 000 的温热新洁尔灭溶液消毒手术野。

（2）用拇、手、中三指将输精管推移固定于皮下浅层。

（3）局部浸润麻醉后，以输精管分离钳刺入阴囊做皮肤裂口，用输精管固定钳经裂口将输精管及其覆盖的筋膜提至切口处。

（4）切开输精管外膜，用输精管提钩，钩住输精管壁，提至切口外。

（5）用分离钳游离输精管 1.5cm，在远端输精管腔内注入普鲁卡因 3ml，此时受术者有尿意。

（6）切除长约 1.0cm 的一段输精管，用零号丝线结扎两侧断端，近端包埋于精索筋膜之内。

（7）仔细检查有无出血或误扎。轻拉睾丸使输精管复位。皮肤刺孔无需缝合。

（8）同法施行对侧手术。

3．手术中注意事项：

（1）操作技术要精细，力求准确、创伤小。

（2）严格无菌操作，严密止血。

（3）输精管残端结扎松紧要适当。

4．术后处理：

（1）术后要观察 1～2h，如无血肿和出血可回去。

（2）术后休息半月，避免剧烈活动、洗澡及性交。

（3）术中未用杀精药液灌注者，要避孕 2 个月。

5．手术后可能遇到的问题：

（1）出血和血肿：大多数发生于术后 24h 内。创口内膜层出血，可加

压包扎。输精管动脉损伤或精索静脉损伤，可致阴囊内广泛渗血形成大血肿，可手术探查，止血和清除血块。

(2)输精管痛性结节：极少数因局部感染、血肿、线头反应形成较大痛性结节，可用链霉素 0.25g 加醋酸氢化可的松 12.5mg 和 2% 利多卡因 2ml 局部注射，每周 1 次，共 5 次为 1 疗程。

(3)附睾淤积：个别受术者术后附睾胀大，自觉有胀感，可时发时消。可以考虑行结节切除，远端结扎近端开放。

第五节　骨　　科

常用检查方法

在全面询问病史及全身查体基础上，必须做到全面检查、重点不误、充分显露、左右对比，耐心细致、动作轻柔。

(一)视诊：坐位、卧位和站立检查脊柱及四肢的轴线、姿势、步态及畸形等。

(二)触诊：

1. 压痛：让患者指出痛点，逐一检查以确定压痛的部位、程度、深浅、范围和性质。

2. 包块：查清部位、形状、大小、硬度与周围组织关系及有无波动或搏动。

3. 骨性标志有无改变。

4. 骨摩擦音及异常活动。

(三)叩诊：沿纵轴叩击肢体远端，诱发出伤病部位的疼痛。在骨折、关节炎定时为阳性。

(四)听诊：

1. 骨传导音：听诊器放在胸骨柄或耻骨联合，分别叩击两侧桡骨茎突或内踝。有骨折、脱位时骨传导音减弱。

2. 肢体活动有无弹响、摩擦音。

3. 肢体的血流杂音。

(五)运动检查：

1. 各关节及脊柱的轴向运动及活动范围。

2. 以中立位为0°时计算关节活动范围。

3. 正常活动度可参照健侧关节。

4. 检查关节的主动活动及被动活动。若主动活动及被动活动均不能，为关节僵直；主动和被动活动受限则为关节僵硬、关节内外粘连及皮肤瘢痕挛缩等。不能主动而能被动活动者，表示有神经、肌肉或肌腱损伤。

5. 手指运动：指间关节只做屈伸运动，掌指关节除屈伸运动外，尚可做以中指为轴心的内收、外展运动。手指中立位是伸直各关节。正常值为0°，掌指关节尚有5°～10°过伸，屈曲时各指端可触及远侧掌横纹。

拇指运动较复杂，由拇指的腕掌关节、掌指关节及指间关节协同完成。拇指主要有屈曲、伸展、外展、内收及对掌的功能活动。

(六)测量：两侧肢体必须放置在对称位置上。

1. 肢体轴线：

上肢：肱骨头、肱骨小头、桡骨小头及尺骨小头成一直线。测量时上肢伸直，前臂旋后位。正常人，前臂有向桡侧偏斜5°～10°提携角，女性较大。若前臂与上臂形成向桡侧偏斜角度大于提携角，为肘外翻。若前臂与上臂形成向尺侧偏斜，为肘内翻。

下肢：髂前上棘、髌骨内缘与第1、2跖骨头之间成一直线。若小腿与大腿形成向外侧偏斜角度为膝外翻，形成向内侧偏斜角度为膝内翻。测量时下肢直立，膝外翻时两膝并拢，测量两内踝间距离和小腿外展角度；膝内翻时两踝并拢，测量两膝间距离和小腿内翻的角度。

2. 肢体长度：

(1)上肢：肩峰至中指尖端。肩峰至肱骨外上髁为上臂长度，外上髁至桡骨茎突为前臂长度。

(2)下肢：髂前上棘至内踝尖。大腿和小腿长度则以膝关节内侧间隙为分界点。

3. 肢体周径：选肢体肿胀或萎缩最明显部位测量周径，并量对侧肢体相应部位之周径作对比。要用软皮尺测量。

(七)特殊体征检查：因种类较多，将在有关的节段内叙述。

(八)周围神经及血管检查:应常规检查手、足的感觉和运动,以及桡动脉或足背动脉搏动,判定有无神经血管损伤。

石膏技术

【适应证】

(一)稳定性骨折或关节脱位复位后的固定。

(二)关节扭伤、韧带损伤的固定。

(三)肢体严重软组织创伤或烧伤的固定。

(四)周围神经、血管、肌肉或肌腱损伤修复术后的固定。

(五)骨折切开复位内固定不够牢固或关节矫形术后的固定。

(六)脊柱压缩性骨折的固定。

(七)断肢(指)再植术后、大面积植皮或大型皮瓣转移(或移植)术后。

(八)畸形的矫正,如先天性髋关节脱位、先天性马蹄内翻足、佝偻病性膝内外翻等。

(九)骨关节急慢性化脓性感染时,制动肢体,防止畸形或病理性骨折。

【禁忌证】

(一)肢体疑有厌氧菌感染。

(二)肢体严重肿胀或已出现循环障碍。

(三)高龄体弱或全身情况差者,忌用大型石膏(如肩、髋人字石膏、石膏背心等)。

(四)孕妇、呼吸或心脏功能不全者,忌用胸腹部大型石膏。

【石膏类型】

常用石膏类型有石膏管型、石膏托、石膏背心、石膏床、石膏围领、石膏围腰、髋人字石膏及肩人字石膏等。

【操作方法】

物品准备:石膏绷带、纱布绷带、袜套、棉花(或棉纸)、毡垫、塑料薄膜、水桶、温水、石膏刀、石膏剪及红蓝铅笔。

(一)石膏管型:

1. 清洗皮肤,有伤口则处理后妥善包扎。

2. 袜套保护肢体,要超出石膏范围 3~5cm,亦可用棉纸或棉花保护

肢体。

3. 在骨突起处放置毡垫或棉花保护。

4. 维持肢体于复位后位置，防止骨折错位。

5. 石膏绷带轻轻放入温水中(温度为 35～42℃)，待不冒泡时取出，挤去过多水分。

6. 环形或螺旋形缠绕石膏，应由远端向近端肢体滚动，用力要均匀，各层重叠 1/3～1/2。

7. 缠绕完毕，等候 10～20min，待石膏成型变硬。

8. 修整石膏，切去多余的边缘，使石膏不直接摩擦皮肤，一般应露出手指、拇指、大鱼际或足趾。最后在石膏上写出诊断及上石膏日期。

(二)石膏托：

1. 制作石膏托：按固定范围量出所需长度，选肢体周径 2/3 宽的石膏绷带，按长度往返折叠多层(上肢 8～12 层，下肢 12～14 层)成石膏带，自两端向中央折成一叠。

2. 衬垫保护皮肤。

3. 泡好石膏，挤去过多水分，放在垫板上摊开抹平。

4. 用棉纸或棉花放在石膏托上贴放于肢体，外用纱布绷带环形缠牢。

5. 等候 10～20min，待石膏成型变硬。

(三)操作注意事项：

1. 要由肢体远端向近端缠绕。

2. 石膏成型前只用手掌托石膏，不用指压，以免石膏凹陷，造成肢体局部压迫性溃疡。

3. 固定范围原则上是超关节固定。

4. 如无特殊情况，肢体常需固定在功能位。

【包石膏后注意事项】

(一)24h内烘干或风干石膏。

(二)抬高患肢，上肢用三角巾悬吊，下肢用枕头垫高，以减轻肢体水肿。

(三)严密观察石膏松紧度及肢(指)端血循环。门诊患者须交待注意事项，定期复诊。若石膏过紧，肢端末稍循环障碍时，应及时复诊或松解石膏。

(四)观察石膏表面有无渗血,并用笔勾出渗血边界,定期观察对比。

(五)大型石膏固定后,要帮助患者翻身或更换体位,防止发生褥疮。

(六)加强肢体功能锻炼。

【包石膏后的并发症】

(一)石膏过紧、松解不及时会造成肢体缺血性挛缩,甚至坏死。

(二)压迫性溃疡。

(三)压迫神经可造成神经麻痹。

(四)长期石膏固定可造成肌肉萎缩及关节僵直。

小夹板技术

【适应证】

治疗四肢长骨干闭合性骨折,或者与牵引相结合辅助治疗股骨干骨折等。

【禁忌证】

(一)开放性骨折、脱位或肢体有伤口者。

(二)骨折切开复位术后。

(三)肢体严重肿胀或已有循环障碍者。

(四)脊柱骨折。

【操作方法】

(一)物品准备:各型小夹板、布带、各种压垫、纱布绷带、袜套、胶布条。

(二)袜套保护肢体或肢体外包中草药。

(三)放压垫,有平垫、塔形垫或分骨垫等。以压垫直接顶压骨端或利用三点杠杆原理,稳定或矫正骨端对位。

(四)旋转小夹板,要用有毡垫的软面靠贴肢体。

(五)用4根布带捆扎,布带松紧度以提起布带时能左右或上下移动1cm为好。

【小夹板固定后注意事项】

(一)密切观察肢体循环。注意夹板松紧度,若小夹板过紧可影响肢体血循环,同时注意温度、颜色、毛细血管反应等变化。

(二)手法复位小夹板固定后,要用软枕垫高患肢,以利肿胀消退。

(三)在压垫、夹板或骨隆起处,若有局部持续性疼痛,要及时拆开夹板检查,防止压迫坏死。

(四)末固定肢体及关节要加强功能锻炼。

牵引技术

一、皮肤牵引

牵引力通过皮肤,间接牵肌肉、骨骼。操作简便、对肢体约束力小。但牵引力有限(一般为3～5kg),胶布刺激皮肤可出现水泡,不适于有伤口的肢体。

【适应证】

(一)儿童股骨干骨折:5岁以下用Bryant牵引,6～12岁则用Russell牵引。

(二)儿童肱骨髁上骨折,肢体严重肿胀,不宜手法或手术者。

(三)防止或矫正关节挛缩,如化脓性关节炎、类风湿性关节炎及关节结核等。

(四)枕颌带牵引治疗颈椎病,维持颈椎骨折或脱位复位后的位置。骨盆布带悬吊治疗骨盆骨折有分离者。

【操作方法】

(一)物品准备:胶布卷、纱布绷带、棉花、安息香酸酊、扩张板、牵引绳及滑轮等。

(二)胶布准备:胶布的宽度为肢体周径的1/3,长度是自骨折处至肢端的2倍加15cm,中点处粘贴扩张板。

(三)清洗肢体:干燥后涂擦复方安息香酸酊。

(四)棉垫或纱布垫保护腓骨小头、内外踝等骨隆起处。

(五)粘贴胶布:在药液完全干前将胶布平贴于肢体两侧面与肢体纵轴平行。扩张板距足底4～5cm。

(六)缠绕绷带:自踝关节向上均匀轻微加压缠绕,胶布近端露出2～3cm作观察。

(七)安装牵引:自扩张板中心穿孔处引出牵引绳,经滑轮牵引。

二、骨骼牵引

牵引力直接作用于骨骼,牵引力大,便于观察、换药及护理。适用于

成年人肢体骨折。因儿童骨骺未闭合，不宜采用。

常用骨骼牵引的种类有颅骨牵引、尺骨鹰嘴牵引、股骨髁上牵引、胫骨结节牵引及跟骨牵引。

【适应证】

（一）不稳定性骨折，石膏、夹板不能维持者。如股骨干骨折、股骨粗隆间骨折、胫腓骨粉碎性骨折等。

（二）肢体严重肿胀，不能手术也不宜手术者。

（三）骨盆骨折错位、中心性髋关节脱位。

（四）颈椎骨折、脱位。

（五）陈旧性髋关节脱位做术前准备等。

【操作方法】

划出牵引针出入点。消毒、铺巾后局部麻醉，用尖刀切开皮肤0.5cm小口，插入牵引针。用手摇钻钻入或用骨槌打入，出口处局麻切小口引出牵引针，针眼处用碘伏纱条及无菌敷料包扎。安放牵引弓及牵引架。

【牵引后注意事项】

（一）下肢牵引要抬高床脚，头颈牵引要垫高床头。

（二）2－3d内使骨折或脱位复位，调整骨折端对位情况及牵引装置，每天测量肢体长度，及时拍X线片复查。

（三）调整牵引重量，维持有效牵引。

（四）活动足趾、踝关节，防止关节僵直。

关节穿刺技术

关节穿刺有诊断和治疗2个目的，各关节穿刺部位见表4－5　1。常见关节疾病关节液检查结果见表4－5－2。

锁骨骨折

锁骨骨折多在中外1/3处发生，幼儿可为青枝骨折。

【诊断要点】

（一）伤后局部肿胀、疼痛，肩活动受限。

（二）可触及移位的骨折端。幼儿易漏诊，应脱衣仔细检查。

表4－5－1　各关节穿刺部位

关节	穿　刺　途　径
肩关节	关节前方，喙突下外方(三角肌前缘)垂直向后穿刺
肘关节	屈肘90°，由鹰嘴突的桡侧，肱骨外髁与桡骨头之间进针
腕关节	腕背侧：拇长伸肌腱与固有食指伸肌之间关节间隙进针； 股尺侧：尺骨茎突尖横向腕间隙进针
髋关节	前方：腹股沟韧带下股动脉外侧垂直进针； 侧方：股骨大粗隆下方，沿股骨颈向内上方进针
膝关节	髌骨外上缘或内上缘向关节内穿刺，也可行髌骨内下缘向上关节内穿刺
踝关节	外踝与趾长伸肌腱之间进针 内踝与胫前肌腱之间进针

表4－5－2　常见关节疾病关节液检查

疾病	外观	粘蛋白凝块	白细胞($\times10^9$/L)	中性%	特殊表现
正常	草黄透明	坚硬	0.1	＜25	
化脓性关节炎	灰黄、极浑浊	脆	90～200	90	葡萄糖含量低，革兰阳性细菌
关节结核	黄灰浑浊	脆	25	40	葡萄糖含量低，结核杆菌培养(＋)，有时有米粒体
风湿性关节炎	黄略浊	略脆	10	50	
类风湿性关节炎	柠檬色浑浊	脆	5～25	25	有包含体之中性粒细胞
创伤性关节炎	血性血色或清亮	坚硬	＜1	＜25	少量或多数红细胞锯齿状红细胞
急性痛风	黄乳状	脆	10	60～70	尿酸钠结晶
骨性关节炎	黄透明	坚硬	1	＜25	软骨片，胶原小块

(三)强大直接暴力，可并发气胸、锁骨下动静脉及臂丛神经损伤。

(四)X线片可确定骨折部位、类型。

【治疗】

(一)青枝骨折或骨折无移位：可用三角巾悬吊前臂屈肘90°功能位3～4周。

(二)骨折有移位：手法复位、"8"字绷带或锁骨固定带外固定。

(三)开放性骨折、合并神经血管损伤或骨折不愈合：须切开探查修复，行克氏针或钢板螺丝钉内固定。

肱骨干骨折

成人多见，中段骨折常合并桡神经损伤。多由直接暴力或间接暴力引起，骨折类型多为横骨折、斜骨折、螺旋骨折或粉碎骨折。

【诊断要点】

(一)伤后上臂疼痛、肿胀，肢体短缩及成角畸形。

(二)X线片可确诊骨折类型及骨折移位情况。

(三)若合并桡神经损伤，可出现垂腕垂指畸形，虎口处痛觉减退或消失。

【治疗】

(一)横形、短斜形或粉碎性骨折：可手法复位后用小夹板固定。

(二)长斜形、螺旋形骨折：手法复位后可用小夹板或悬吊石膏固定。睡眠时需半坐位，保持悬吊牵引。

(三)开放性骨折、闭合性骨折：手法整复失败，陈旧性骨折畸形愈合或不愈合者，可切开复位内固定。

(四)对闭合性骨折合并桡神经损伤时，可观察1～2个月，无神经恢复征象者可行手术探查神经，同时复位及内固定骨折。

肱骨髁上骨折

肱骨髁上骨折多发生在10岁以下儿童。骨折类型分为伸直型和屈曲型2种：

【骨折类型】

1. 伸直型：多见，约占90%，肘关节半伸位跌伤，手掌着地。肱骨髁向后上移位，骨折线由前下斜向后上。

2. 屈曲型：少见，屈肘位跌倒，骨折线与伸直型相反。

【诊断要点】

(一)伤后肘部疼痛、肿胀,严重时皮肤起水泡。

(二)肘后三角关系改变,应与肘关节脱位相鉴别。

(三)X线片可明确骨折类型及与脱位相鉴别。

(四)伸直型骨折的近端向前下压迫或损伤肱动静脉及正中神经,出现手指苍白、发凉、感觉减退等,桡动脉搏动减弱或消失。

【治疗】

(一)骨折无移位:小夹板或长臂石膏固定3周。

(二)骨折有移位:手法复位,小夹板或长臂石膏固定4周。

(三)肘部肿胀严重,伤后超过48h或屈肘时桡动脉搏动减弱,可用上肢皮牵引或鹰嘴骨牵引治疗。

【并发症及其防治】:

(一)血管神经损伤:将骨折轻柔手法复位,循环多能恢复正常,若不恢复应及时手术探查,修复动脉。严重移位可损伤正中神经、尺神经或桡神经,若为挫伤或牵拉伤,多能自行恢复若不恢复时可行神经探查术。

(二)前臂缺血性挛缩:主要是肱动脉受压或损伤未及时处理,或夹板、石膏过紧未及时松解等原因,中断前臂血供,造成前臂肌肉缺血坏死、挛缩及神经麻痹,又称Volkmann缺血性挛缩。缺血早期表现为肢体剧痛、手指苍白、发凉、麻木,活动受限。后期为手及前臂严重肌萎缩,爪形手,拇内收畸形,各手指于屈曲挛缩位,不能主、被动伸直等。

关键是预防。早期应轻柔复位骨折,及时探查,解除压迫,修复肱动脉,及时松解外固定或行筋膜切开减压。挛缩形成后应积极行体疗或施行各种矫形手术,以恢复部分功能。

(三)骨化性肌炎。

(四)肘内翻畸形:由骨折复位不良或骨骺损伤引起。轻者勿须处理,畸形明显,可行肱骨髁上截骨矫型术。对因骨骺损伤引起的进行性肘内翻,则应在12~14岁以后手术纠正。

尺、桡骨骨折

尺、桡骨骨折可以是单独尺骨或桡骨骨折,也可以是尺、桡骨双骨折。直接暴力造成的双骨骨折,两骨多在同一平面发生横形或粉碎骨折,间接

暴力则为两骨不同平面的斜行或螺旋形骨折。

【诊断要点】

(一)前臂伤后肿胀、疼痛、成角或短缩畸形,旋转受限。

(二)儿童多为青枝骨折,成角畸形明显。

(三)桡骨上1/3骨折,应注意有无桡神经骨间背侧神经支损伤,表现为不能伸拇指、伸掌指关节,但能伸腕,虎口感觉正常,以防漏诊。

(四)X线片可明确骨折情况,并包括上下尺、桡关节,以防遗漏。

【治疗】

(一)儿童青枝骨折麻醉后牵引、折顶,纠正成角畸形。小夹板或石膏固定6~8周。

(二)成年人及有移位骨折可采用麻醉下手法复位,尽力纠正成角和旋转畸形,恢复骨间膜宽度。复位后小夹板或长臂石膏固定8周。

(三)切开复位内固定对开放骨折、不稳定骨折、陈旧性骨折畸形愈合或不愈合,需切开复位用三棱针内固定或钢板螺丝钉内固定。

孟氏骨折

尺骨上1/3骨折合并桡骨小头脱位,称孟氏骨折。其骨折类型分为以下几种:

Ⅰ型(伸直型):最常见。伸肘位受伤,尺骨向掌侧成角,桡骨小头向前脱位。

Ⅱ型(屈曲型):半屈肘位受伤,尺骨向背侧成角,桡骨小头向后脱位。

Ⅲ型(内收型):幼儿多见,伸肘内收位受伤。尺骨于喙突平面纵行劈裂或横骨折,移位很少,仅向桡侧成角,桡骨小头向桡侧脱位。

Ⅳ型:最少见,为尺、桡骨上1/3双骨折合并桡骨小头前脱位。

【诊断要点】

(一)伤后肘部及前臂肿胀、疼痛,旋转受限。

(二)伸直型骨折,桡骨小头有可能压迫骨间背侧神经。

(三)X线片可确定骨折类型。

【治疗】

(一)手法复位长臂石膏固定。

(二)手法复位失败,可手术治疗,复位桡骨小头,修复环状韧带,尺骨

用三棱针内固定或钢板螺丝钉内固定。

(三)陈旧性骨折:成人有前臂旋转受限可切除桡骨小头。儿童应复位桡骨小头,修复重建环状韧带,不可切除桡骨小头。

(四)合并桡神经损伤:手法复位后多能自行恢复,成人可切除桡骨小头,神经减压。儿童仅做桡神经松解术,保留桡骨小头。

桡骨远端骨折

桡骨远端骨折指桡骨远3cm以内骨折,分伸直型及屈曲型2类。其中科累氏骨折属伸直型,多发生于成年人或老年人,骨折远端向背侧及桡侧移位。

【诊断要点】

(一)腕部伤后肿胀、疼痛,活动受限。

(二)手腕向背侧移位成餐叉畸形,向桡侧移位成枪刺畸形。

(三)尺骨小头突出,直尺试验阳性。

(四)X线片可见骨折移位情况,骨骺未闭合者可出现桡骨下端骨骺分离。

【治疗】

(一)无移位骨折:小夹板或石膏托固定3周。

(二)有移位骨折:以手法复位,小夹板或石膏固定腕关节掌屈、尺偏位。

(三)陈旧性骨折畸形明显者,可切开复位克氏针、石膏固定。

腕舟状骨骨折

腕舟状骨骨折多见于青壮年,是腕骨中最常见骨折。分析类型有以下3种:

1. 结节部骨折:骨折段循环不受影响,可正常愈合。

2. 腰部骨折:最多见,近端骨块的循环受影响,可发生缺血坏死。

3. 近端骨折:近端骨块循环完全丧失,易发生骨折不愈合或缺血性坏死。

【诊断要点】

(一)伤后鼻咽窝处肿胀、疼痛、压痛及腕活动受限。

(二)沿第1、2掌骨有纵轴叩击痛。

(三)X线片需摄腕正、侧、斜(舟骨位)3个方向。新鲜骨折X线片有时可能为阴性,陈旧性骨折可见骨折线增宽、骨端硬化或囊性变;近端骨块缺血坏死;晚期腕关节有创伤性关节炎改变。

【治疗】

(一)新鲜骨折:前臂管型石膏固定腕关节于功能位,石膏远端应包括拇指近节及掌指关节,一般需固定3~4个月。

(二)对疑有骨折而X线片阴性者,均应石膏固定,3周后拆石膏、拍片复查,证实有骨折后继续固定。

(三)陈旧性骨折:

1.有症状而X线片无骨折不愈合或缺血坏死者,可将固定时间延长至6个月以上。

2.已发生骨折不愈合或缺血坏死者,可选用骨栓植骨、血管束植入等手术治疗。

3.严重创伤性关节炎可做腕关节融合术。

掌、指骨骨折

一、第1掌骨基部骨折

指第1掌骨基底1cm内的骨折,受拇展长肌及拇内收肌的牵拉,骨折部向桡背侧成角畸形。伤后局部肿胀、压痛、成角畸形及拇指外展功能受限,虎口变小。

【治疗】

(一)手法复位:一手外展牵拉拇指,另手加压骨折处,纠正成角畸形。复位后拇指于外展位固定4~6周,石膏应包括拇指近节指骨。

(二)不稳定的骨折可外展牵引或切开复位内固定。

(三)成角过大的陈旧性骨折,可做第1掌骨基部楔形截骨术。

二、本奈骨折

指第1掌骨基部骨折并脱位。近端骨折片呈三角形,被掌骨间韧带保持原位,远端向近侧桡侧移位,造成腕掌关节脱位或半脱位。可影响拇指外展、对掌活动。

【治疗】

手法复位，石膏固定，方法同第1掌骨基部骨折。但常需切开复位，用克氏针交叉固定4～6周。

三、第2、3、4、5掌骨骨折

多由直接暴力引起，呈横形或粉碎形骨折，间接暴力多造成斜形或螺旋骨折。骨间肌、蚓状肌牵拉，骨折端向背侧成角。

【治疗】

手法牵引后推压突起的骨折端，复位后屈指固定4～6周。复位困难、不稳定或多发骨折错位明显等，可切开复位克氏针内固定4～6周。

四、指骨骨折

近节及中节指骨骨折，多向掌侧成角，骨端阻碍肌腱滑动并造成粘连。手法牵引屈指固定4～6周。只有在指浅屈肌腱止点近侧的中节指骨骨折才向背侧成角，复位后需伸指固定。远节指骨骨折多为开放性，移位小，清创后可用克氏针固定。对末端小片骨折，清创后可切除小骨片，修圆指骨端，缝合伤口。

股骨颈骨折

股骨颈骨折多发生于老年人，以老年妇女更多见。按部位分头下型、经颈型及基底型3种。前2型为囊内骨折，易发生股骨头缺血坏死。按X线片中骨折线方向分型：

1．外展型：Pauwel角小于30°，移位很少，常为嵌入骨折，较稳定，愈合率高。

2．内收型：Pauwel角大于50°，骨折端受剪力移位较大，愈合率低。

【诊断要点】

（一）老年人跌倒，髋关节疼痛，应考虑股骨颈骨折。

（二）伤后不能负重，下肢外旋畸形、肢体短缩、大粗隆上移，Bryant三角底边缩短。

（三）髋关节压痛，纵轴叩痛。

（四）骨传导音减弱。

（五）X线片可确诊。

【治疗】

(一)外展型或骨折无移位:用抗旋转丁字板鞋固定,至骨折愈合。

(二)骨折有移位:

1. 手法复位内固定:在电视 X 线机下进行。适用于经颈型或基底型骨折。

(1)先行胫骨结节骨牵引,防止股骨大粗隆上移,1 周内施行手术。术前必须手法复位,通常在手术牵引台上牵引患肢,克服短缩后再缓慢外展内旋肢体,使骨折复位及扣紧骨折面。以达到解剖复位。

(2)内固定:内固定器材多用加压螺纹钉、多根骨圆针、加压记忆螺钉等,三翼钉已逐渐减少使用。

(3)术后做皮肤牵引或丁字板鞋固定。

2. 切开复位内固定:手法复位失败,为防止股骨头缺血坏死,在切开复位内固定的同时可加用带血管髂骨、带蒂股方肌骨瓣移植于骨折线处,以提高骨折的愈合率。

3. 60 岁以上老年人的头下型骨折,可行人工股骨头置换术。

4. 陈旧性股骨颈骨折:可选用人工股骨头置换、各种骨瓣移植、股骨上端截骨术、全髋关节置换等。

股骨粗隆间骨折

股骨粗隆间骨折多见于老年人,属囊外骨折,易愈合。骨折类型按骨折线方向分:①顺粗隆间型;②粗隆间粉碎型;③反粗隆间型;④粗隆下型。按骨折的粉碎情况分为以下几种:

Ⅰ型:骨折线在股骨颈基部或粗隆间线,骨折无明显移位,患肢轻度外旋。

Ⅱ型:骨折线通过粗隆间线,骨折在大粗隆外裂开,有髋内翻;小粗隆可有骨折但无移位,患肢中度外旋。

Ⅲ型:股骨颈基部插入粗隆间松质骨内,小粗隆骨折及向内移位,髋内翻明显,患肢完全外旋。

Ⅳ型:粗隆间粉碎骨折伴粗隆下骨折,小粗隆移位,患肢外旋。

按骨折的稳定性分为:①稳定型骨折:骨折线顺粗隆间线,无髋内翻及股骨距完整者;②不稳定型骨折:骨折线逆粗隆间线,有明显髋内翻及

股骨距不完整者。

【诊断要点】

与股骨颈骨折很相似，唯局部症状、体征较重，下肢短缩及外旋畸形更明显，X 线拍片可明确骨折类型。

【治疗】

（一）无移位的稳定骨折或 Bohle Ⅰ型骨折，可穿丁字板鞋或行 Russell 皮牵引，保持髋外展 6～8 周。

（二）不稳定骨折：

1. 牵引治疗：年龄不大、身体好者可行胫骨结节骨牵引 6～8 周，伤肢外展及屈髋各 30°。

2. 手法复位内固定：年龄较大及 Bohle Ⅲ型骨折，虽年轻但为争取早期活动的患者均可采用。在电视 X 线机显示下，采用多根骨圆针、Ender 针或三翼钉内固定。

3. 切开复位内固定术：牵引后复位不良或粗隆下型骨折可切开复位，用鹅头钉、Jewett 钉或髓内针内固定。

股骨干骨折

股骨干骨折多由强大暴力引起骨折，常伴严重软组织损伤、休克及全身多发伤。不同部位的骨折，常有典型移位：上 1/3 骨折由于髂腰肌、臀中小肌及外旋肌群的影响，骨折近端呈屈曲、外展及外旋位，远端向内上重叠移位；中 1/3 骨折多随外力移位，常因内收肌群作用而向外成角、重叠移位；下 1/3 骨折因腓肠肌内外侧头的牵拉而使远端向后旋转，易损伤腘窝血管、神经。

【诊断要点】

（一）处理休克及合并损伤。

（二）牵引治疗：

1. Bryant 悬吊牵引：用于 5 岁以下儿童。牵引 3～4 周。

2. Russell 牵引：适于 6～12 岁儿童。牵引 6～8 周。

3. 平衡滑动骨牵引：用于成年人股骨干骨折，多采用股骨髁上或胫骨结节骨牵引，持续牵引 8～12 周。同时可应用小夹板纠正成角畸形及侧方移位。

4.90°－90° 90°牵引：屈髋90°骨牵引，皮带维持膝、踝关节各90°。用于感染的开放性骨折，便于换药。

（三）牵引复位加外固定架治疗：在透视下手法复位，用单侧多功能外固定架穿四根螺纹针固定8～12周。

（四）切开复位内固定：适用于牵引后对位不良、开放骨折、多发骨折、合并血管神经损伤或陈旧性骨折畸形愈合或不愈合者。对上1/3、中段横断形或短斜形骨折可采用梅花形髓内针，其他部位骨折可应用加压钢板、角翼钢板等。

髌骨骨折

直接暴力多造成粉碎骨折或星状骨折，间接暴力可引起横行骨折。

【诊断要点】

（一）伤后局部肿胀、疼痛、关节积血或皮下瘀斑。

（二）膝关节屈伸受限，有时可触及骨折间隙。

（三）X线片可明确骨折类型及骨折移位情况。

【治疗】

（一）骨折无移位：抽出关节积血后长腿石膏伸膝固定4周。

（二）骨折有移位：需手术治疗。

1. 切开复位：双粗丝线环扎固定，术后长腿石膏后托固定3～4周；或用张力带内固定，术后勿须石膏外固定，早期练习膝关节活动，4～6周下地负重。

2. 髌骨部分切除及髌韧带修复术：切除小块骨片后将髌韧带重新附贴在骨块断面上。术后伸膝石膏后托固定3～4周。

3. 严重粉碎骨折可切除髌骨，修复韧带。

胫、腓骨骨折

间接暴力造成胫腓骨不同平面的斜形或螺旋形骨折；直接暴力多为同一平面的横形或粉碎性骨折，并常为开放损伤。处理的难点是对复杂的开放性骨折良好的固定，皮肤覆盖，防止化脓性感染。

【诊断要点】

（一）伤后小腿有明显肿胀、疼痛、缩短及成角旋转畸形。

(二)小腿软组织挫伤应注意有无神经、血管损伤或筋膜间隙综合征。

(三)X线片可确定骨折类型及移位情况。

【治疗】

(一)无移位或稳定骨折:复位后小夹板或长腿石膏固定8～12周。

(二)长斜形、螺旋形闭合骨折:可切开复位,暴露骨折端,用1～2枚螺丝钉内固定,术后长腿石膏外固定。

(三)粉碎闭合骨折:可用外固定架或跟骨牵引配合小夹板治疗。

(四)开放性骨折:在彻底清创后,用钢板螺丝钉内固定或外固定架固定,修复皮肤缺损。合并有筋膜室间隙综合征时,可切开深筋膜减压。合并有神经、血管损伤时要及时探查吻合修复。

踝部骨折

踝部骨折骨折类型分为以下几种:

1. 内翻骨折:最常见。踝部极度内翻位受伤。造成外侧副韧带撕裂或外踝横形骨折(单踝骨折),进而为内踝斜形骨折或伴下胫腓韧带断裂(双踝骨折),使踝关节不稳定及距骨向内移位。

2. 外翻骨折:踝部极度外翻位受伤。轻者为内踝横形撕裂骨折(单踝骨折),进而造成外踝斜形骨折或伴下胫腓韧带撕裂(双踝骨折),距骨向外脱位。若踝部受上述外力伴跖屈或背伸位,可分别造成胫骨后踝(三踝骨折)或胫骨前唇骨折,使踝关节更不稳定。

3. 直压骨折:坠落伤造成踝关节面垂直压缩骨折或伴内外踝骨折,暴力较大,多为粉碎骨折。

【诊断要点】

踝部伤后肿胀、青紫、疼痛、不能行走,有脱位时畸形明显。局部有明显压痛及异常活动。X线片可确定骨折类型,下胫腓韧带断裂时,有胫腓骨下端分离。

【治疗】

治疗目标应达解剖复位。

(一)骨折无移位:短腿管型或U型石膏固定踝部于适当矫枉过正位6～8周。

(二)骨折有移位:按暴力相反方向手法整复,长腿石膏或U型石膏

固定。

(三)切开复位:手法复位不成功、不稳定、粉碎骨折关节内有游离骨片或开放骨折,可采用螺丝钉内固定,张力带内固定或腓骨髓内针内固定,有下胫腓关节分离者加用长螺丝钉内固定。后踝骨折片超过胫骨负重面的1/3时,应同时复位内固定。

(四)直压骨折可行跟骨牵引治疗,4周后活动关节,3个月负重练习。

跟骨骨折

跟骨骨折多为坠落伤,可合并脊柱或腕部骨折。

【诊断要点】

(一)伤后跟部肿胀、疼痛,足弓变扁平,跟部增宽,不能行走。

(二)X线拍片须摄跟骨侧位及轴位片,可见纵弓扁平,关节结节角变小(正常40°)。

【治疗】

(一)手法整复或跟骨夹帮助整复,石膏靴固定6周。

(二)波及距下关节型骨折有移位,可手术复位,撬起压缩移位的骨片,恢复关节面。

(三)陈旧性骨折有严重创伤性关节炎,可做距下关节融合术。

跖骨骨折

跖骨骨折多为直接暴力致伤,以跖骨干及颈部多见。以手法复位、石膏靴固定。不能手法复位、骨折不稳定或开放性骨折,可切开复位克氏针固定。

足内翻位扭伤造成第五跖骨基部骨折,很少移位,石膏靴固定4周。

脊柱骨折

脊柱骨折多因坠落伤或塌方压伤,常合并其他脏器损伤。骨折类型分为以下几种:

(一)按作用力方向分类:

1. 屈曲型:占90%,弯腰时受伤。椎体前缘压缩、粉碎或脱位。

2. 伸直型:仰位坠落或脊柱背面受撞击,前纵韧带撕裂、椎体分离或

附件骨折。

3. 旋转型：常伴屈曲型，有关节突骨折、脱位。

4. 直压型：椎体受直压而粉碎骨折。

（二）按稳定性分类：

1. 稳定型：椎体前缘压缩骨折不超过 1/2 的椎体骨折、横突骨折、棘突骨折等。

2. 不稳定型：椎体压缩 1/2 以上，粉碎性骨折或双侧关节突骨折或交锁，椎体骨折脱位等。治疗不当会造成脊髓损伤。

（三）按部位分类：

1. 胸段或腰段骨折、脱位。

2. 颈椎骨折或脱位：环枢椎可发生环椎骨环碎裂、枢椎齿状突基部骨折、环椎横韧带断裂伴环椎前脱位等。

3. 附件骨折椎板、椎弓、横突、棘突及关节突均可骨折。

【诊断要点】

（一）伤后局部疼痛、肿胀，不能站立，翻身困难。

（二）脊柱后突畸形及血肿，压痛明显。

（三）腹膜后血肿刺激交感神经丛有腹胀及腹痛等。

（四）X线拍片见椎体楔形变、粉碎骨折或脱位，亦可见附件骨折。

（五）颈椎骨折时头颈疼痛，不敢活动，常以双手托头。疑有环枢椎骨折应拍张口位 X 线片。

（六）必须检查两下肢的运动、感觉及会阴部感觉，以明确有无脊髓损伤。

【治疗】

（一）搬运：要平抬或滚动搬抬患者，用硬木板运送，切忌屈腰位搬动。颈椎损伤要保护头部，防止旋转及屈伸颈部。

（二）单纯椎体压缩骨折：椎体轻度压缩或椎体压缩 1/2 以下则用垫枕疗法，卧硬板床，作腰背肌锻炼，4～6 周下地。压缩较多，可用 Davis 悬吊法复位或 Waton Jones 三桌法复位。石膏背心固定 3 个月。

（三）不稳定骨折或脱位，同时有关节突交锁者，多行切开复位内固定（用脊柱钢板、Lugue 棒、Harrington 棒或 Dick 钉内固定）。

（四）颈椎骨折：轻度压缩骨折或环椎骨环骨折无移位，枕颌头带牵引

或头颈胸石膏固定，2～3 个月后改颈围保护。明显压缩骨折、脱位、关节突交锁或齿状突基部骨折等，应行颅骨牵引复位，4～6 周改用头颈胸石膏固定。必要时可行手术治疗。

脊髓损伤

脊髓损伤是脊柱骨折、脱位最常见的合并损伤。分脊髓震荡(即脊髓休克)、脊髓损伤及马尾神经损伤等类型。

【诊断要点】

脊髓损伤平面以下的运动、感觉均丧失，大小便失禁或潴留。高位截瘫有明显呼吸困难，呈腹式呼吸；马尾神经损伤只有鞍区麻木及括约肌功能丧失，下肢仍可活动。

腰椎穿刺、奎根试验显示蛛网膜下腔梗阻或部分梗阻，呈血性脑脊液。CT 扫描可显示椎管的完整性及椎板骨折情况，脊髓造影或脊髓 MRI 成像检查，可了解脊髓损伤情况。

【治疗】

(一)全身治疗：以支持疗法、脱水疗法及激素应用，减轻脊髓水肿。

(二)手术治疗：只要伤情允许，应尽早手术。适应证如下：

1. X 线片或 CT 显示椎管内有骨块压迫。

2. 截瘫表现进行性加重。

3. 奎根试验有梗阻。

4. 有关节突交锁。

手术方法为骨折切开复位、脊髓减压及内固定。为改善脊髓血循环及功能恢复，可采用大网膜移植或带蒂骶棘肌瓣移植术。减压途径有后路椎板切开或侧前方减压术。

【并发症及其防治】

(一)呼吸系统：颈椎损伤高位截瘫常因痰液或饮水堵塞气管而突然窒息死亡，应早期气管切开。胸腰段损伤截瘫，易发生肺炎及肺不张，应及时吸氧、定期翻身拍背，鼓励咯痰。

(二)防治褥疮：

1. 保持床褥平软整洁。

2. 每 2h 翻身 1 次，骨突起处用气垫垫好，酒精擦洗，滑石粉按摩。

3. 有褥疮时必须不再受压，局部理疗、换药，必要时植皮或皮瓣转移消灭褥疮。

（三）泌尿系统：尿潴留易发生泌尿系感染，要留置尿管，定时（4h）放尿，每日膀胱冲洗2次，每周更换尿管1次。

（四）便秘与大便干结：可口服石蜡油或番泻叶冲水内服，肥皂水或开塞露灌肠，必要时用手指挖出干大便。

（五）体温失调：在体温高热时（40℃以上）可采取物理降温：冰敷、酒精擦浴、冰水灌肠等。

骨盆骨折

骨盆骨折骨折类型分为以下几种：

（一）稳定骨折：

1. 前环骨折，如耻骨支、坐骨支骨折，耻骨联合分离等。

2. 骨盆环完整性存在，如髂骨翼骨折、骶骨骨折、尾骨骨折等。

（二）不稳定骨折：

1. 前后环同时骨折。

2. 髋臼骨折或合并股骨头中心脱位。

【诊断要点】

（一）伤后骨盆处疼痛、肿胀，有皮下瘀斑及压痛，不能站立行走。

（二）骨盆挤压分离试验阳性。

（三）X线片可确诊骨折情况。

【治疗】

（一）首先检查、处理休克及危及生命的合并症。

（二）稳定骨折：卧床4～6周，有骨盆分离可手法复位或用骨盆悬吊牵引。

（三）不稳定骨折：卧床6～8周，有移位者尽早手法整复，若有髂骨上移，要行股骨髁上骨牵引。

【并发症及其防治】

（一）休克：骨盆骨折因骨折端大量出血或大血管损伤易发生休克，故要早期输入足量的全血（2 000～3 000ml）。

（二）尿道损伤：尿道口有血、排尿困难、会阴血肿，导尿管插不进膀

胱。可行会师术修复尿道，无条件者可做膀胱造瘘。

（二）膀胱损伤：导尿无尿液，经尿管注入 100ml 生理盐水，不能等量抽出。需做膀胱修补术或造瘘术。

（四）直肠、阴道损伤：肛门及阴道口有血及裂伤。可造成盆腔感染，可及时修补或抗感染治疗。

（五）骶丛或腰丛神经损伤：观察 1～2 月，不恢复可行探查松解神经。

肩关节脱位

肩关节脱位脱位类型分为以下 2 种：

1. 前脱位：占大多数。有盂下、喙突下及锁骨下脱位 3 种类型。可合并肱骨大结节撕脱骨折、腋神经损伤，少见臂丛神经及腋血管损伤。

2. 后脱位：少见，肱骨头向肩胛盂后方脱出。

【诊断要点】

（一）伤后肩部疼痛、肿胀，不能活动。

（二）方肩畸形，患肢轻度外展，常以健手托住患侧前臂。

（三）Duga 征阳性。即贴胸搭肩征。

（四）X线拍片可显示脱位类型，有无合并骨折。

【治疗】

（一）手法复位：常用方法有以下 2 种：

1. Hippocrates 法：即足蹬法。患者仰卧位，术者一足抵于患侧腋部，牵引患侧上肢后用足将肱骨头向外上方蹬推，同时内收内旋患肢。若突感弹跳则为复位。

2. Kocher 法：仰卧位或坐位，患肢屈肘 90°，术者一手扶持腕部，另一手握位肘部向下持续牵引，将肩关节外展外旋，继而逐渐内收、内旋，如有弹跳感即为复位。

复位后上臂固定胸壁位 3 周。

（二）肱骨大结节撕脱骨折常随脱位一同复位；腋神经在复位后亦多自行恢复，1～2 个月无恢复征象，可手术探查。

（三）切开复位：手法复位失败或陈旧性肩关节脱位，多须手术治疗。

肘关节脱位

肘关节脱位脱位类型分为2种：

1. 后脱位：占多数。偶尔合并尺骨鹰嘴骨折或内、外髁骨折。

2. 前脱位：少见。

【诊断要点】

(一)伤后肘部肿胀、疼痛及弹性固定于半伸直位。

(二)尺骨鹰嘴向后突出，肘前可触及肱骨下端，前臂相对缩短。

(三)肘后三角关系紊乱。

【治疗】

(一)手法复位：顺原畸形位牵引，先纠正旁侧移位，再用拇指从前方将肱骨向后上推压，余四肢从后方将尺骨鹰嘴向前下推压，同时屈肘即可复位。复位后长臂石膏托固定3周。

(二)切开复位：手法复位失败或陈旧性肘关节脱位需手术治疗。

桡骨小头半脱位

桡骨小头半脱位是幼儿的常见损伤，又称牵拉肘。

【诊断要点】

(一)上肢牵拉后哭闹，不肯用伤侧手取物或活动。

(二)前臂呈半屈肘旋前位，被动活动时哭闹加重。

(三)X线片可正常。

【治疗】

手法复位。多勿须麻醉，在旋后位牵引前臂，拇指按压肘前桡骨小头，同时屈肘旋转前臂，多能感到弹响复位。复位后三角巾悬吊1周，3个月内不提拉前臂，防止复发。

髋关节脱位

一、髋关节后脱位

脱出的股骨头位于髋臼的后上方，多见于青壮年。此种脱位常合并髋臼骨折及坐骨神经损伤，晚期可有股骨头缺血坏死。

【诊断要点】

(一)伤后髋关节疼痛、肿胀,活动受限。

(二)患髋呈屈曲、内收、内旋位畸形。

(三)大粗隆上移,下肢缩短,Bryant 三角底边缩短。

(四)髋后可触及股骨头。

(五)X线片可见脱位情况及有无臼缘骨折。

【治疗】

(一)手法复位:

1.Allis 法:即提拉法。麻醉后仰卧,屈膝屈髋90°牵引肢体,缓缓用力提拉大腿,同肘屈髋外旋,如有明显弹响即已复位。

2.Bigelow 法:即问号法。屈髋牵引后,用力提拉。同时屈髋内收,逐渐外展外旋,最后伸直髋关节,若能听到弹响即为复位。左髋关节复位呈正问号"?",右髋关节呈反问号。

复位后患肢外展 30°,足尖向上皮肤牵引维持 3 周。或用沙袋固定患肢两侧 3 周。3 个月内不负重,以免发生股骨头缺血坏死。

(二)切开复位:手法复位失败,陈旧性脱位或合并髋关节后缘骨折者,可手术切开复位。

二、髋关节前脱位

【诊断要点】

股骨头脱至髋臼前方。髋关节呈外展外旋位畸形,腹股沟处可触及股骨头。

【治疗】

以手法复位为主,沿伤肢纵轴牵引,徐徐用力屈曲,内收、内旋即可复位。复位后处理同后脱位。

三、髋关节中心性脱位

【诊断要点】:由强大暴力使髋臼底骨折,严重时股骨头可突入盆腔。轻者髋部疼痛、活动受限及纵轴叩痛,患肢缩短,大粗隆内移。X 线片见臼底骨折,股骨头部分或全部突入臼底或进入盆腔。

【治疗】

以骨牵引为主,严重移位有时需手术复位。

踝部韧带损伤

【诊断要点】

(一)外侧副韧带损伤:最多见,在足内翻位受伤,伤后外踝处肿胀、疼痛及压痛,足内翻时加重,走路痛或不能行走。韧带完全断裂时,足内翻时有异常活动,有时合并外踝尖撕脱骨折。

(二)内侧副韧带损伤:在足外翻位时受伤,内踝下方疼痛肿胀,足外翻时疼痛加重,偶尔合并内踝撕脱骨折。

【治疗】

(一)轻度损伤:适当休息,抬高患肢,早期冷敷,后期理疗、热敷。口服舒筋活血、止痛药物。

(二)中度损伤:用胶布条固定踝部于矫枉过正位。配合药物治疗。

(三)重度损伤或有撕脱骨折,用短腿石膏或U型石膏在矫正位固定4~6周。如有较大骨折块,常需切开复位内固定。

膝关节韧带损伤

一、膝关节侧副韧带损伤

内侧副韧带损伤多见,暴力过大,造成内侧副韧带、内侧半月板及前十字韧带同时损伤称"O'Donoghe三联症"。

【诊断要点】

(一)伤后膝关节肿胀、疼痛,活动受限,韧带附着处有压痛。

(二)关节积血,浮髌试验阳性。

(三)侧压试验阳性:伸膝位,术者右手执踝,另手握住膝上,用力外展、内收小腿,若引起疼痛为阳性。完全断裂者有侧向异常活动。

(四)X线平片正常。侧方加压照正位片可见伤侧关节间隙增宽:扭伤后股骨髁面与胫骨平台夹角5°~10°,韧带部分断裂为10°~15°,超过15°则为完全断裂。

【治疗】

(一)部分断裂:抽出积血后伸膝165°位长腿石膏固定3~4周。

(二)完全断裂:应急诊手术修复韧带。内侧副韧带断裂者,要注意探查内侧半月板及前十字韧带,有损伤则同时修复韧带及切除半月板。

二、膝关节十字韧带损伤

【诊断要点】

(一)伤后膝关节肿胀、疼痛、积血及屈伸受限。

(二)抽屉试验阳性:屈膝90°,术者双手握膝下,向前拉或后推胫骨上端,胫骨向前异常活动为前十字韧带断裂;向后异常活动则为后十字韧带断裂。在急性外伤时,膝关节常因疼痛,肿胀而不能屈曲90°,则可改为Lachman试验:患者平卧位,屈膝10°~15°,检查者一手托股骨下端,另手握胫骨上端,做前后推动。

(三)X线片常可见胫骨棘撕脱骨折。

【治疗】

新鲜断裂、骨折片无移位者,抽出积血,长腿石膏后托固定膝关节于170°位4~6周。骨折片移位明显应急诊手术,复位骨折片,用钢丝重新固定。长腿石膏托固定4~6周。

膝关节半月软骨损伤

【诊断要点】

(一)伤后膝关节疼痛、肿胀,关节积血及活动受限。

(二)急性期过后膝关节仍有行走痛,部分患者有关节"交锁"现象。

(三)股四头肌萎缩、无力,打软腿。

(四)压痛点在膝关节前外或前内间隙,有助于判断损伤部位。

(五)关节内弹响:外侧半月软骨损伤时做Fouche征阳性;后角损伤时Mcmurray征阳性;前角损伤时Smillie征阳性;内侧半月板损伤时Lambrinwdi征阳性。

(六)侧压试验阳性:与韧带损伤相反,半月软骨损伤为受挤压侧疼痛。

(七)Apply征阳性:患者俯卧位,术者握足踝部,在不同角度屈膝位向下加压扭转小腿,引起疼痛为阳性。

(八)X线片:多为阴性,关节造影有一定帮助,膝关节镜检查对诊断的意义较大。

【治疗】

(一)急性期:抽出积血后长腿石膏伸膝固定3~4周。

(二)非手术治疗:适于年龄大,症状轻的非体力劳动者。可锻炼股四头肌、保护膝关节。

(三)手术治疗:青壮年、症状明显及诊断明确者,多主张半月软骨切除术。亦可在膝关节镜下做半月软骨部分切除术。

髌骨软化症

【诊断要点】

(一)膝关节不适,髌骨后酸痛,上下楼梯或半蹲位明显,有时打软腿。

(二)髌骨压磨试验有摩擦感伴有疼痛。

(三)单腿下蹲试验阳性。

(四)X线片早期多为阴性,晚期髌骨软骨面下骨质致密,不光滑,髌股间隙变窄,髌骨边缘及股骨、胫骨有增生等创伤性关节炎表现。

【治疗】

(一)非手术疗法:症状轻或年龄大的患者。运动员早期可减少运动量或暂停训练。适当休息,保护膝关节及加强股四头肌锻炼。

(二)手术治疗:

1. 软骨表面切削术:用于病变轻、软骨厚的青少年。

2. 局部软骨切除,暴露的骨质用克氏针钻多个孔,以利软骨的外源性修复,成为纤维软骨。

3. 严重创伤性关节炎可做髌骨切除术。

手部损伤

一、手部开放性损伤的处理

目的是预防感染,修复损伤的组织,最大限度保留手的功能。

(一)清创:在麻醉及充气止血带下进行。

1. 清洗伤口:戴消毒手套,用刷子蘸肥皂水清洗伤口周围皮肤,用无菌生理盐水冲洗,如此刷洗3遍,直至伤口干净。

2. 清创:切除挫伤的皮肤边缘,污染及失去活力组织。按方向、按组织、按层次将坏死及污染组织切除干净。

3. 冲洗伤口:用1‰新洁尔灭溶液、双氧水及生理盐水冲洗伤口,彻底止血,更换手套,再铺上无菌巾。

(二)修复损伤的组织：

1. 骨关节：尽量保留较大骨片，手法复位，用克氏针交叉内固定或微型钢板螺丝钉固定。

2. 肌腱、神经：只要条件允许，均应一期修复。

3. 血管：手部血供不受影响可不修复；尺、桡动脉损伤时，应争取血管吻合。

(三)闭合伤口：

1. 直接缝合：在皮肤缺损不多，张力不大时可将伤口直接缝合。

2. 游离植皮：有皮肤缺损，但没有骨关节、肌腱等组织外露的创面，可用中厚皮片移植。指腹、手掌可用全厚皮片。

3. 皮瓣覆盖：深部组织外露多须皮瓣覆盖。指端皮肤缺损，可用指端的 V－Y 皮瓣、鱼际皮瓣或邻指皮瓣；拇指皮肤缺损可用推进皮瓣或食指背侧岛状皮瓣；手部较大皮肤缺损可用前臂逆行岛状皮瓣、交臂皮瓣、腹部皮瓣或游离皮瓣覆盖。

(四)包扎固定：一般应将手指分开包扎于功能位，必要时用石膏托或小夹板外固定。

二、手部肌腱损伤

【诊断要点】

(一)根据伤口部位，估计肌腱损伤的情况。

(二)手指畸形：屈指肌腱断裂后手指呈伸直位，不能主动屈曲。伸肌腱止点断裂呈小锤状指畸形，伸腱中央束断裂呈大锤状指畸形。

(三)关节活动丧失：如指深、浅屈肌腱断裂则表现为远、近侧指间关节不能屈曲，两者同时断裂则 2 个关节均丧失屈曲功能。伸指肌止点处断裂则不能伸远侧指间关节，中央束断裂则不能伸近侧指间关节，指总伸肌及拇长伸肌腱损伤则不能伸相应的掌指关节。

【治疗】

(一)新鲜损伤：12h 以内的整齐伤口，清创后应一期修复肌腱。只有在污染严重、缺损过多或技术水平有限时，留做二期处理。

伸肌腱损伤多用间断缝合法修复，术后伸指伸腕位石膏托固定 3 周。

屈肌腱缝合的方法很多，常用的 Kessler 及 Baicker 法。

屈肌腱分 5 区，各区处理有不同特点：

Ⅰ区损伤：应缝合指深、浅屈肌腱。

Ⅱ区损伤：腕管内空间狭小，单纯指浅屈肌腱损伤可不缝合，多条肌腱损伤，只修复指深屈肌及拇长屈肌腱。

Ⅲ区损伤：在蚓状肌范围内深浅肌腱同时断裂，可同时缝合，用蚓状肌包埋深腱的吻合口，减少粘连。

Ⅳ区损伤：单独指浅屈肌腱损伤可不缝合，深腱断裂则应缝合。两腱同时断裂，多主张切除浅腱，仅吻合深腱。亦可行深浅肌腱同时修复。

Ⅴ区损伤：直接缝合深肌腱，如距止点 1cm 内的断裂，可切除远段，将近端重新缝合在原止点处。

屈肌腱修复后，应用屈指屈腕位石膏托固定 3～4 周。

（二）屈指肌腱的二期处理：伤后 1 个月内可直接缝合，修复肌腱。过长时间则须行肌腱移植术。

1. 肌腱移植术：多用于腱鞘区（Ⅳ区）的二期修复。应待瘢痕软化、指间关节被动度正常后手术。移植材料多用自体掌长肌腱或浅腱的残段。

2. 肌腱松解术：肌腱修复后粘连，影响手指活动，则须做肌腱松解。

周围神经损伤

【诊断要点】

（一）伤肢畸形：桡神经损伤为“垂腕”畸形，尺神经损伤为“爪形手”，正中神经损伤为“猿手”畸形，而腓总神经损伤为“垂足”畸形。

（二）感觉障碍：浅感觉（痛、温、触压等）及深感觉减退或丧失。

1. 针刺试验：是常用的检查痛觉的方法。要查出障碍的范围并绘图记录，定期观察对比。

2. 两点区别试验：两点区别觉是一种综合痛觉、触压觉和感觉，比痛觉更精细。其方法是沿手指纵轴用圆规的两脚同时垂直触压皮肤，从狭到宽变换圆规两脚的距离，直到能区别出两点为止。正常值是：末节指腹 2～3mm，中节掌面 3～6mm，近节 4～7mm。超过 20mm 为两点感觉丧失。

感觉功能分级如下：

S_0——完全无感觉。

S_1——有深感觉。

S_2——有痛觉及部分触觉。

S_3——痛、触觉完全，不过敏。

S_4——痛、触觉完全，有两点区别感觉，唯距离大，

S_5——正常。

（三）运动障碍：肌肉瘫痪、萎缩、丧失正常的张力，相应的运动功能丧失。桡神经损伤后伸腕、伸拇、伸掌指关节功能丧失；正中神经损伤，拇指不能外展、对掌，与小指不能对捏成圆圈；尺神经伤则手指不能内收、外展，夹纸试验阳性。

肌力分级如下：

M_0——无肌肉收缩。

M_1——肌肉稍有收缩，但不能牵动关节。

M_2——不能对抗地心引力达到关节完全动度。

M_3——有对抗地心引力能达到关节完全动度，不能对抗任何外加阻力。

M_4——有对抗地心引力并加一定阻力达到关节完全动度。

M_5——正常。

（四）植物神经紊乱：皮肤无汗、干燥，皮纹萎缩而光滑、手指变尖、指（趾）甲增厚变形及毛发长而粗等。

（五）Tinel 征阳性：即神经叩击试验：沿神经经路叩击，在某一部位发生放射痛为阳性。意义有：①修复前确定神经瘤即神经断裂的位置；②修复后检查神经再生的平面。

（六）电生理检查：肌电图出现失神经性纤颤波，神经传导速度变慢或不传导。

【治疗】

（一）闭合性损伤：观察 1～2 月，无恢复征象可手术探查。

（二）开放性损伤：应争取一期修复神经。

1. 神经外膜缝合：将神经干的断端准确对合后，缝合神经外膜。适于混合神经的修复。

2. 神经束膜缝合：在手术显微镜下缝合相对应神经束的束膜。适于

纯感觉或纯运动支的修复。

(三)神经伤的二期处理：

1. 神经吻合术：清创时未吻合神经或吻合后 3～6 月仍无恢复征象应二期探查神经，手术时显露神经干，切除神经瘤及瘢痕至神经切面出现正常的神经束断面，选用外膜或束膜缝合法吻合神经，关节屈曲固定 6 周。

2. 神经移植术：2cm 以上的缺损需行神经移植术。临床上多采用腓肠神经移植，大段缺损可用显微外科技术做带血管蒂的神经移植。

3. 神经松解术：神经被瘢痕包埋或骨端压迫，应手术松解神经或复位骨端。

4. 功能重建术：不可逆的神经损伤，可用正常的肌肉做肌腱转移、肌皮瓣移植、神经移位术或关节融合术等，重建部分功能。

四肢血管损伤

四肢血管损伤常与骨折、脱位或其他组织损伤合并发生，如不及时修复，会引起肢体远端缺血甚至坏死。血管损伤分血管受压、血管痉挛、血管挫伤及血管断裂等类型。长时间受压或痉挛也会造成血管栓塞。

【诊断要点】

(一)靠近大血管部位的损伤均应警惕血管损伤的可能。

(二)伤口内有搏动性出血或肢体高度肿胀，有张力性或搏动性出血。

(三)肢体远端缺血：肢体远端疼痛、麻木、感觉及运动障碍，皮温降低、苍白、发绀或瘀斑，毛细血管充盈差。腓肠肌压痛，被动伸指或踝背屈引起疼痛。

(四)足背动脉、桡动脉搏动减弱或消失。

(五)多普勒超声检查及 B 型超声检查对诊断及定位有重要意义。

【治疗】

(一)急救止血：在现场用加压包扎或止血带止血，上止血带后要记录时间，并每小时放血 1 次，每次 5～10min。

(二)纠正休克。

(三)探查处理血管：开放伤争取 6～8h 内施行，闭合伤经短期保守治疗后，肢体循环仍不好转，应及时手术。

1. 血管吻合术：血管缺损不多，对合后张力不大，可做血管端端吻合术。

2. 血管移植术：血管缺损较多须血管移植。常用自体大隐静脉做移植材料。

3. 血管修补术：适于大血管部分损伤，裂口整齐、不超过周径的1/3、内膜又无挫伤的病例。

4. 血管结扎术：适于：①肢体伤势过重、需要截肢者；②伤情重，不能耐受长时间手术。

（四）处理合并伤：如复位和固定骨折、修复神经、肌腱等。

（五）肢体远端深筋膜切开术：如小腿及前臂深筋膜切开术等。

断肢及断肢再植

肢体完全或大部离断、不修复动静脉不能存活时，须做再植术。

【适应证】

（一）全身情况好，能耐受长时间手术。

（二）远端肢体的组织结构完整，血管床未破坏。

（三）再植后肢体能恢复一定功能。若再植后肢体无任何功能，下肢缺损过多不能走路等，不宜再植。

（四）再植时限，常温下以6～8h为宜。若能将断肢迅速干冻保存，则可适当延长时间。

【治疗】

在清创同时，找出神经、血管及肌腱等组织，并做好标记。按固定骨骼、修复肌腱、神经，最后缝合血管、覆盖伤口的顺序，再植肢体。动静脉比例要1:2以上。肢体高位离断，再植后应预先在远端肢体做深筋膜切开术。

术后处理如下：

（一）全身处理：补充血容量，应用抗生素、破伤风抗毒素等。

（二）抬高肢体至心脏水平，平卧2周，保持室温在22～25℃。

（三）扩张血管：静脉滴入低分子右旋糖酐，肌注罂粟碱、妥拉苏林，口服潘生丁及阿斯匹林等。适当用止痛剂。严禁吸烟或被动吸烟。

（四）观察肢体循环：如皮温、颜色、指腹饱满程度，毛细血管充盈速度

等。多普勒超声听诊器检查有一定意义。

(五)高位断肢再植术后要注意防治肾功能衰竭及毒血症。

(六)适当理疗、按摩及功能锻炼。

截　肢

截肢的适应证如下：

(一)肢体严重广泛毁损，无法保留。

(二)因血管损伤或病变引起肢体坏死。

(三)恶性肿瘤。

(四)肢体严重感染(化脓性或气性坏疽等)，无法控制。

截肢的最佳平面和最短限度应视患者具体情况而定，手部应尽量保留长度，儿童的骨骺未闭，应尽力保留长度，腕、膝关节可做关节离断术。

【治疗】

(一)皮肤：做弧形的前后皮瓣。上肢前后皮瓣等长，下肢前长后短，近臂部应前短后长。

(二)肌肉：在皮肤、筋膜回缩平面切断。

(三)神经：2%普鲁卡因阻滞后，高位利刀切断，让神经回缩到肌肉间。

(四)血管：大血管要双重结扎加贯穿结扎。

(五)骨骼：在肌肉回缩平面锯断。锉钝锐利的边缘，腓骨需在胫骨上方2.5cm处切断。

【并发症及防治】

(一)大出血：有术后1～3d的原发性及10－15d的继发性大出血。术中应精心结扎血管，术后抗感染，床边常备止血带，加强术后观察。

(二)感染：术中放引流条，术后抗生素治疗。

(三)关节挛缩：术后平放肢体，加强残肢主、被动活动。

急性化脓性骨髓炎

一、急性血源性骨髓炎

细菌由身体其他部位化脓灶，经血运到达骨内，引起骨髓炎，称血源性骨髓炎。好发于小儿长骨干骺端，金黄色葡萄球菌最常见；感染常累及

大片骨质甚至整个长骨，可造成广泛骨坏死。

【诊断要点】

（一）常有疖肿或外伤创口感染史。多见于儿童，胫骨及股骨好发。

（二）全身有败血症或脓毒血症，如高热、寒战、头痛、烦躁，甚至惊厥。可并发中毒性心肌炎、化脓性心包炎等。

（三）局部皮温高、有深压痛，然后形成波动脓肿，邻近关节活动受限及关节肿胀。

（四）X线片检查：早期骨质无明显变化，2～3周后出现弥漫性骨质稀疏，骨质破坏及骨膜反应。

（五）实验室检查：白细胞总数及中性增高，血沉块，血培养阳性。局部穿刺有血性浑浊液，有脓细胞，涂片见革兰阳性细菌。

【治疗】

尽早控制炎症，防止演变成慢性骨髓炎。

（一）全身支持疗法：用大量有效抗生素，补液，纠正酸中毒，输血，降温，补充营养，保护心肌。

（二）局部治疗：要及时行骨质钻孔开窗引流，局部用抗生素液滴注引流。术后抬高患肢，制动或牵引，防止病理性骨折或脱位。

二、创伤性骨髓炎

由开放性骨折感染所致，战时常见。偶尔在骨折切开复位时感染而成骨髓炎。临床表现与血源性骨髓炎相似。因有伤口引流，症状较轻，骨坏死范围多局限于骨折处。对开放性骨折，要力争6～8h内彻底清创，用大剂量有效抗生素等。骨髓炎已形成则要充分引流，去除内固定物，肢体制动及全身治疗。

三、继发性骨髓炎

继发性骨髓炎由脓性指头炎引起指骨骨髓炎、蜂窝组织炎或深部脓肿累及骨质，也可由肢体营养性溃疡累及骨骼引起。故应及时治疗软组织感染，早期切开引流，积极处理溃疡。

慢性化脓性骨髓炎

慢性化脓性骨髓炎多由急性骨髓炎延续形成，病程长，反复发作，并有溃疡或窦道。

【诊断要点】

(一)有急性骨髓炎病史。

(二)有慢性窦道反复流脓,长期不愈,偶尔有小死骨排出。急性发作时,全身高热、局部红肿、压痛,排脓后疼痛减轻,症状好转。

(三)肌肉萎缩,肢体畸形,关节挛缩或僵硬。

(四)X线片有死骨、死腔及新骨形成,骨骼增粗、变形。

(五)常规做脓液培养及药物敏感试验。

【治疗】

(一)局部换药,肢体制动,增加营养,改善全身情况。

(二)急性发作应早期切开引流。

(三)病灶清除术:应在炎症局限、死骨已分离,并有大量新骨痂形成时手术。在彻底病灶清除后,遗留的骨腔可用带蒂肌瓣填塞法消灭,术后滴注引流;或用岛状肌皮瓣移位或游离移植术充填骨腔。

(四)术前后全身使用有效抗生素,局部骨腔内可放入庆大霉素珠连。

化脓性关节炎

髋、膝关节多见,多由血源性、外伤性或邻近感染蔓延引起。偶尔见关节穿刺或封闭后感染。

【诊断要点】

与化脓性骨髓炎相似,以全身中毒与局部红肿、热痛、关节积液为特征。关节有波动,被动活动时疼痛加剧。白细胞总数与中性粒细胞增加。关节穿刺对早期诊断有重要意义,关节抽出液浑浊、有脓细胞,涂片染色及培养细菌多为阳性。早期X线片无明显变化。

【治疗】

(一)全身治疗同化脓性骨髓炎。

(二)早期局部处理:关节穿刺、抽出积液,大量生理盐水冲洗后注入抗生素。对髋关节可早期切开引流,术后抗生素滴注。其他关节,若关节冲洗不能控制炎症,亦应及时切开引流。

(三)固定或牵引,保持肢体于功能位置,防止关节病理性脱位。

(四)感染控制后,早期活动关节,防止关节粘连和畸形。

骨与关节结核

任何关节均可发病，髋膝关节多见，分滑膜结核、骨结核及全关节结核。结核菌从其他病灶（肺、消化道、淋巴结）经血运侵入骨关节。冷脓肿流注到表浅皮肤，可破溃形成窦道和继发感染。

【诊断要点】

（一）多有消瘦、贫血、低热、盗汗、食欲减退等全身中毒症状，小儿有夜啼。

（二）病变单发，疼痛轻，肌肉萎缩，关节梭形肿胀。

（三）关节活动受限，病程久可有肢体畸形、病理脱位或肢体短缩。

（四）有寒性脓肿或破溃形成窦道，经久不愈。

（五）实验室检查：血沉快、淋巴细胞计数增加、贫血，小儿做结核菌素试验有意义。

（六）X线片：常有肺部活动性或陈旧性结核病灶。局部有广泛骨质疏松，骨膜结核无骨质破坏，全关节结核有关节间隙狭窄，边缘不规则，偶有小死骨。

【治疗】

（一）全身支持疗法。

（二）抗结核治疗，术前准备2周。

（三）手术治疗：滑膜结核行滑膜切除，全关节结核则做病灶清除或关节固定术。

脊柱结核

脊柱结核好发于胸腰椎椎体。颈椎发病少。

【诊断要点】

（一）全身表现同骨关节结核。

（二）胸腰背部疼痛，活动受限，腰椎结核抢物试验阳性。椎体严重破坏，可出现脊柱后突畸形。

（三）有寒性脓肿，可在咽后壁、纵隔、腰大肌、股内侧等。

（四）脓肿及坏死的椎间盘、死骨等压迫脊髓时，可出现下肢麻木、无力或截瘫。

(五)X线片显示椎体破坏、椎间隙狭窄、死骨及椎旁脓肿。

【治疗】

(一)全身支持疗法及抗结核治疗

(二)病灶清除术:

1. 适应证:有明确死骨、死腔、较大冷脓肿,窦道长期不愈或有脊髓受压表现。清除脓肿、坏死组织及死骨。

2. 禁忌证:全身多处结核,体质极差或有严重心、肝、肾疾病,幼儿或老年患者。

(三)后路脊柱融合术:脊柱破坏轻,病变稳定或经病灶清除术后病情稳定及全身情况较好者。术后卧硬床或石膏背心3~5月。

(四)脊柱结核合并脊髓压迫者,应先严格卧床3~4周,若神经症状好转,继续卧床至压迫症状消失后再行病灶清除术。若神经症状不好转,可根据病情选用椎板切除减压或前外侧减压术。

(五)儿童以保守治疗为主,慎行手术。2岁以下禁忌手术。

骨性关节炎

骨性关节炎又称退行性关节炎,增生性关节炎或肥大性关节炎。任何关节均可发病,下肢较多。负重磨损、创伤是主要致病原因。

【诊断要点】

(一)中年以上肥胖者多发。

(二)有损伤史,如骨折对位不良,肢体力线不佳或有畸形。

(三)关节肿胀、僵硬、积液,反复发作。

(四)X线片:关节面粗糙不平,软骨下骨质硬化,关节间隙狭窄,骨端囊性变,边缘骨质增生,形成骨刺。

【治疗】

(一)非手术为主,减轻关节负重,局部理疗,加强肌肉锻炼。

(二)关节肿胀疼痛明显时,关节内注射类固醇(如醋酸氢化泼尼松),可缓解症状,但不宜多用。

(三)严重者可手术治疗,如切除骨赘、摘除关节内游离体、截骨改变力线、人工关节置换术或关节融合术等。

类风湿性关节炎

类风湿性关节炎属自身免疫性胶原纤维异常反应，常伴全身症状，同时侵犯多处关节。儿童称 Still 病。

【诊断要点】

（一）青少年好发，女性居多，手、足、腕、髋、膝、肘及脊柱多发。

（二）发病有季节性，寒冷、潮湿、疲劳易诱发。急性活动期常有夜间疼痛。

（三）关节疼痛、肿胀、僵硬，逐渐发生畸形。

（四）一般健康状况差，贫血、消瘦，儿童见脾及淋巴结肿大。

（五）实验室检查：血沉加快、链球菌凝集试验增高，类风湿因子凝集试验阳性，关节穿刺液的粘液凝固反应不佳。

（六）X线片：最初无异常，后期会有骨质疏松、软骨破坏后关节间隙狭窄、骨质增生甚至骨性连接。

【治疗】

（一）休息及全身支持疗法：急性期需卧床休息，必要时关节制动。急性期过后可适当活动。高蛋白、高维生素饮食。

（二）药物治疗：水杨酸制剂及保太松、消炎痛、炎痛喜康等非激素类药物可减轻症状。中药雷公藤等有一定疗效。类固醇类药（如醋酸氢化泼尼松等）关节内注射有短期明显效果，但不宜长期服用激素类药物，只有急性期内短期使用。

（三）理疗：急性期理疗可减轻症状，理疗与休息相结合，可以防止或纠正关节挛缩。

（四）手术治疗：活动期滑膜炎，经非手术治疗病情仍重，可行滑膜切除术。晚期脊柱及肢体畸形，可行各种矫形手术，如截骨术、关节融合术及关节成形术，髋、膝、肘及掌指关节等可做人工关节置换术。

强直性脊柱炎

强直性脊柱炎起于骶髂关节，逐渐向腰椎、胸椎及颈椎蔓延，髋关节常受累，最后发展为关节及脊柱强直。偶尔见家族性，可能有遗传因素。

【诊断要点】

(一)男性青年和成人多发。

(二)腰背痛,进行性僵硬。胸肋关节强直使胸廓扩张减弱,胸围呼吸差减少。慢性发展为驼背畸形。大关节亦可强直于畸形位。

(三)病程缓慢,反复发作,逐渐加重,可达数年或数十年。

(四)X线早期双侧骶髂关节模糊,关节轮廓不清,后期关节间隙消失。椎体边缘增生,唇样变甚至骨桥形成,呈"竹节"状。病变发展,腰椎、胸椎乃至颈椎形成骨性强直。

(五)实验室检查:活动期血沉快,类风湿因子多属阴性。

【治疗】

药物治疗同类风湿性关节炎。主张早期体育疗法,积极参加体育锻炼,保持或恢复关节活动度。睡觉低枕平卧或俯卧,防止脊柱畸形。畸形发生后,可行脊椎楔形截骨术,纠正畸形。

股骨头无菌坏死

股骨头无菌坏死又称股骨头骨软骨炎、扁平髋,多发生在3~12岁儿童,小儿称Legg-perthes病。

【诊断要点】

(一)髋痛、跛行:早期较轻,休息后缓解。晚期因骨性关节炎而加重。

(二)肌肉萎缩:为早期主要表现,以大腿为明显。

(三)活动受限:早期为肌痉挛引起,后期因骨性关节炎而受限。

(四)X线表现:早期关节间隙增宽,股骨头骨骺小而密度大,以后出现碎裂、股骨头扁平、股骨颈变短及股骨头疏松及囊性变。恢复期则在疏松区有骨小梁新生、股骨头呈蕈状。成人则发展成骨性关节炎。

【治疗】

(一)早期需卧床或牵引,使患肢不下地负重。

(二)股骨头变形较轻,可行骨骺钻孔植骨术、滑膜切除术、血管植入术;或带肌蒂骨瓣、带旋髂深动静为蒂的髂骨块移植术。

(三)股骨头变形明显则行粗隆下截骨术,改变负重力线及头臼关系。老年人可做人工髋关节置换术。

膝内翻与膝外翻

膝内翻与膝外翻多为营养发育异常，如佝偻病，亦可继发于外伤、炎症，骺软骨生长不匀称等。

【诊断要点】

（一）1～3岁儿童多见，可为一肢或双下肢。

（二）活动期可有盗汗、关节松动、伸屈范围过大。

（三）膝内、外翻畸形；内外翻程度需用量角器测定，亦可测量两膝、两踝间距离。

【治疗】

幼儿生长期以非手术为主，即在全身治疗下矫形，如闭合折骨术或石膏螺旋撑开器逐渐纠正畸形。年龄较大、畸形严重时亦可行手术截骨或骨骺阻滞术矫正。

扁　平　足

扁平足又称平底足或平足症。

【诊断要点】

（一）不能久走，易引起疲劳，重者足、小腿疼痛。

（二）足纵弓塌陷，站立时足内缘接触地面。可有跗骨变形，如距骨下陷等。

【治疗】

用足弓垫、矫形鞋可减轻症状，重者可做距下关节矫形，跗骨窦处嵌入骨块融合，恢复足弓。

跟　痛　症

跟痛症按部位可分为跟内痛、跟后痛、跟下痛。

跟内痛见于跟骨骨髓炎、肿瘤、跟距结核、类风湿性关节炎等。跟后痛见于跟后滑囊炎、跟骨骨突炎（生长活跃儿童慢性劳损、跟腱牵拉等引起）及跟腱旁组织炎。跟下痛见于跖腱膜炎、跟骨结节下面跖腱膜附着处的软组织痛，有时伴骨刺形成。

【治疗】

以熏洗疗法，类固醇局部注射及穿软鞋垫治疗。必要时可行跟骨钻孔减压或骨刺切除术。

腰椎间盘突出症

椎间盘突出指髓核或破碎的纤维环向椎管内突出，最常见为腰 4～5，以及腰 5～骶 1 旁侧突出，压迫神经根一侧坐骨神经痛。中央型突出可产生双下肢疼痛或大小便障碍。

【诊断要点】

（一）反复腰痛，有向下肢放射至小腿的疼痛，卧床休息后减轻。

（二）走路、久站或劳累后腰痛加重，下肢发麻，咳嗽、打喷嚏时疼痛向小腿放射。

（三）脊柱侧突，活动受限。

（四）直腿抬高试验阳性。

（五）神经系统检查：小腿和足部固定区域有感觉减退：腰 4～5 突出，小腿前外侧及足背感觉减退，腰 5～骶 1 突出，小腿后外及足跟部、足外侧感觉减退。伸拇肌力减弱，跟腱反射减弱或消失，少数有双下肢及会阴部感觉障碍。

（六）下腰部压痛、叩击痛，棘突旁有压痛并向下肢放射。

（七）屈颈试验及挺腹试验阳性。

（八）X线片：可见脊柱侧凸、椎间隙狭窄、生理前突消失。

（九）脊髓造影：突出部位有压迹或中断。

（十）CT 检查：能显示突出部位、大小和神经受压情况，对诊断有重要价值。

（十一）MRI 检查：能显示突出的椎间盘，对鉴别肿瘤有重要意义。

【治疗】

（一）非手术疗法：卧床休息、持续骨盆牵引或重力机械牵引、推拿、理疗、硬膜外药物封闭等，绝大多数有效，但易复发。

（二）手术治疗：反复发作、疼痛剧烈，严重影响生活工作及中央型突出有马尾受压症状时，宜手术摘除髓核。

腰部扭伤或劳损

腰部肌肉韧带损伤统称劳损。搬抬重物用力过猛、肌肉韧带受力过分牵拉易造成损伤，身体突然旋转、椎间关节也可扭伤移位。

【诊断要点】

(一)急性损伤：

1. 疼痛剧烈，行走困难，步态缓慢。疼痛在下腰中间或两侧，有时转移到臀部或股部。

2. 肌肉痉挛，肌肉收缩使疼痛加重，腰僵硬，有侧弯或后突。

3. 腰肌劳损：在骶棘肌起点或臀大肌在骶棘的附着点疼痛并有压痛。

4. 腰骶劳损：在腰 4～骶 1 处棘间韧带深压痛。

5. 椎间关节移位时，在移位的小关节处深部压痛。

(二)慢性损伤：

1. 常有急性损伤史，可为慢性劳损或急性期治疗不彻底造成。

2. 背部软弱，易疲乏，常反复发作。

3. 若有下肢疼痛或麻木，应注意有无椎间盘突出。

【治疗】

急性期应绝对卧床休息 2～3 周，口服止痛镇静药物，局部理疗、热敷或类固醇行痛点注射。按摩、牵引、推拿有一定效果。慢性期以局部药物注射、理疗、腰背肌功能锻炼为主，要注意防止复发。

颈 椎 病

颈椎病常见于中年以后及老年人发病，多由颈椎间盘退变，松动不稳，慢性磨损创伤，形成骨刺侵犯椎间小关节。姿势不当、低头作业的教师、会计或体力劳动者多见，偶见外伤诱发。病理复杂，因致压物大小、范围和压迫部位不同等而分 5 种类型。

【分型及诊断要点】

(一)注意病史、职业和诱发原因。

(二)根据症状简单分为 5 型：

1. 颈型：颈、肩、背痛，颈僵硬和局部压痛，活动时偶尔有骨擦音。

2. 神经根型：有神经根放射痛，沿神经分布区感觉障碍，偶尔见手内在肌萎缩。

3. 椎动脉型：时有偏头痛、恶心或伴心血管症状。重者转颈时突然猝倒。

4. 神经根－椎动脉型：两者症状可混在一起。

5. 脊髓型：有锥体束表现，运动障碍、肌张力高，易跌倒，成痉挛性瘫痪，浅反射、深反射均亢进，病理反射阳性。

（三）X线片显示颈椎骨质增生，椎间盘狭窄，斜位片观察椎间孔及钩突关节改变。平片尚可排除结核、肿瘤、先天性异常等疾病。

（四）CT 检查：确定椎管矢状径，骨刺大小、部位，及黄韧带、后纵韧带情况。在脊髓造影下做 CT 检查，能更清楚地显示脊髓与椎管的关系。

（五）脊髓造影：对明确脊髓受压部位和程度有意义。

（六）MRI 检查：对椎间盘病变、脊髓受压情况、脊髓肿瘤等，更优于 CT 检查。

【治疗】

以非手术疗法为主，大多数经过牵引、制动、理疗、封闭可以好转或治愈。但症状严重、体征明显、经保守治疗无效时，可尽早手术治疗。如前路植骨融合术，后路颈椎管扩大成形术等。

肱二头肌肌腱炎

发病部位在肱二头肌长头结节间沟处，若炎症水肿扩散，则形成肩关节周围炎，最后肩部活动受限，称冻结肩。

【诊断要点】

（一）中年以上有受凉、肩部外伤及慢性劳损史。

（二）疼痛较重，影响睡眠，有时向上臂桡侧放散，夜间重。穿衣、洗脸、梳头困难。

（三）肱二头肌长头或短头压痛，肩后伸内旋时疼痛加重。

（四）肩关节周围炎时在肩峰下、肩后压痛，活动受限。

（五）冻结肩则外展、后伸、内旋全部活动受限，肩部肌肉萎缩。

【治疗】

多采取非手术疗法如理疗、热敷、体疗等，亦可在压痛点注射醋酸氢

化泼尼松。顽固性疼痛并活动障碍时，可在全麻下被动松解关节粘连或手术移二头肌长头腱至喙突。

肱骨外上髁炎

肱骨外上髁炎又称网球肘。由肘腕部反复伸屈旋转用力，牵拉肱骨外上髁处伸肌附着点劳损引起。

【诊断要点】

（一）家庭妇女、炊事员、运动员等多发。

（二）肘外侧酸痛，可向前臂桡侧放射。

（三）不能提重物，握力减退。

（四）肱骨外上髁有压痛点，偶尔见轻微肿胀。

（五）伸肌腱牵拉试验阳性。握拳、屈腕、伸肘，前臂旋前，因使伸肌腱附着点产生张力，疼痛加重。

【治疗】

局部痛点注射醋酸氢化泼尼松 0.5～1ml，每周 1 次，2～3 次为 1 个疗程。

顽固性疼痛可手术治疗，如行伸肌腱附点松解术。

腱 鞘 炎

腱鞘炎是腱鞘纤维组织层的慢性炎症和增厚，手掌、腕部和肩部多发。

一、屈指肌腱腱鞘炎

发病部位在手掌掌骨头掌侧，因屈指肌腱腱鞘增厚、粘连，引起屈肌腱滑动受限，又称扳机指或弹响指，以拇、中、环指多见。偶见小儿拇指。

【诊断要点】

（一）中、老年妇女多发，编织毛衣及产后洗涤过多易发病。

（二）掌骨头处隐痛，可触及硬结及压痛。

（三）手指屈伸障碍，极度用力有弹响及扳机现象。晨起加重。

【治疗】

腱鞘内注射 2% 普鲁卡因 1ml 加醋酸氢化泼尼松 0.5ml，效果良好。严重腱鞘炎患者保守封闭无效时，可行腱鞘切开术。

二、桡骨茎突部腱鞘炎

发病部位在桡骨茎突部，拇长展肌、拇短伸肌腱的纤维鞘内，又称De－Quervain病。

【诊断要点】

（一）中年妇女多见。

（二）桡骨茎突处明显压痛，局部有时肿胀

（三）芬克尔斯坦征阳性：患者握拳，四指握住拇指，向尺侧屈腕，可诱发疼痛加重。

【治疗】

局部注射醋酸氢化泼尼松有效。病变严重者，可采用腱鞘切开术。

腱鞘囊肿

腱鞘囊肿是指手与足部的关节或腱鞘内粘液增多而发生的囊性疝出，内含胶冻样粘液，可为单囊性或多囊性改变。

【诊断要点】

局部肿块，生长缓慢、质硬、光滑，张力较大。局部有轻度酸痛及轻度压痛。

【治疗】

可在局麻下用针刺破或穿刺抽吸，但易复发。必要时可手术切除。

腘窝囊肿

青、壮年人多发，为膝后方囊性包块。多源于半膜肌腱滑囊，因积液肿胀，由腓肠肌内侧头与半膜肌之间隙向后膨出；少数继发于关节内炎症性渗出，又称Baker囊肿。

【治疗】

以手术切除为主。Baker囊肿一般应针对原发病治疗，只有囊肿过大及有不适时才手术切除，切除时要结扎、切断通向关节囊的细蒂，以免复发。

小儿麻痹后遗症

小儿麻痹后遗症又称脊髓灰质炎后遗症。是造成小儿后天性畸形的

主要原因之一。

【诊断要点】

(一)有脊髓灰质炎病史。

(二)畸形:因肌力不平衡引起,以马蹄内翻足、仰趾足、外翻足、高弓足、膝过伸、膝外翻、髋或膝关节挛缩多见。偶尔见上肢或躯干受累,产生脊柱侧弯或上肢畸形。

(三)关节周围肌群瘫痪,产生连枷关节,如连枷髋、连枷肩、连枷膝及连枷足等。

(四)肌肉营养改变,影响骨骼生长,使患肢缩短。

【治疗】

发病后2年,残留肌肉瘫痪或肌力减弱为永久性,可行手术治疗。

(一)肌腱转移术:用正常肌肉转移,代替瘫痪的肌肉,由肌力再分配纠正畸形,改善功能。

(二)截骨术:改变肢体负重力线及关节稳定性,多用于膝过伸等。

(三)关节融合术:如足部三关节融合术、腕关节融合术等。

(四)肢体平衡术:延长患肢或缩短健肢,减少两侧肢体长度差异。

(五)骨骺生长阻滞术:适用于儿童。破坏软骨或用金属"U"形钉暂时阻止骨骺生长。

总之,小儿麻痹后遗症的手术治疗是一项复杂的矫形手术,应周密全面考虑,适应证选择不当会带来更为严重的后果。

骨 肿 瘤

骨肿瘤分为良性、恶性2类,而恶性肿瘤又分为原发与继发转移瘤2种。原发骨肿瘤起于骨组织或骨内附属组织(表4-5-3)。良性骨肿瘤易根治,预后良好;恶性骨肿瘤发展迅速,预后不佳,其鉴别见表4-5-4。

【治疗】

(一)良性骨肿瘤:可局部切除或刮除后植骨。

(二)恶性骨肿瘤:宜早期发现早期手术如高位截肢术,保留肢体的瘤段灭活再植术,并配合化疗或放疗,可提高生存率。

表 4－5－3　骨肿瘤的起源与分类

起源		良性	恶性
骨组织	骨细胞	骨瘤	骨肉瘤
	软骨细胞	软骨瘤、骨软骨瘤	软骨肉瘤
	破骨细胞	骨巨细胞瘤	恶性骨巨细胞瘤
骨内附属组织	纤维组织	纤维瘤	纤维肉瘤
	血管组织	血管瘤	血管肉瘤

表 4－5－4　良性和恶性骨肿瘤的鉴别

	良性	恶性
自觉症状	无明显疼痛	多为剧痛
局部表现	肿瘤境界清楚，表皮无改变	境界不清，皮温较高，表面可有血管曲张
全身症状	无变化	消瘦、贫血、晚期有恶病质
病程	较长，肿瘤增长缓慢，不转移	较短，增长快，易转移（多为肺转移）
化验	正常	血红蛋白低，血沉快，碱性磷酸酶可升高
X线所见	骨皮质完整，界限清楚，无骨膜反应，软组织内无钙化	骨皮质破坏界限不清，骨膜反应不规则，可形成考德曼（Codman）三角（若骨膜受肿瘤顶起，可在骨膜下产生新骨，这称为 Codman 三角），软组织内可有钙化影像

骨软骨瘤

骨软骨瘤又称外生骨疣。有单发性及多发性 2 种。

【诊断要点】

（一）青少年的股骨下端及胫骨上端多发。

（二）干骺端有骨性突起，多发性骨软骨瘤则于膝、踝、肩关节附近有多个突起，偶尔有家族史。

（三）肿瘤多无症状，生长缓慢，肿块较大时，偶尔有压迫症状或影响关节活动。肿块突然增大或疼痛，有恶变可能。

（四）X线拍片：干骺端有带蒂的骨性突起，为正常骨结构，顶部有透光区为软骨帽影。

（五）做病理检查可确诊。

【治疗】

早期仅作观察。体积大，有症状或增长迅速可手术切除。切除范围包括肿瘤的骨膜，软骨帽及基部周围正常组织。

多发性骨软骨瘤有5%～10%可转变为恶性。

软　骨　瘤

软骨瘤分单发性内生软骨瘤、多发性内生软骨瘤及皮质旁软骨瘤，后者少见。

【诊断要点】

（一）好发于四肢短骨，手部掌、指骨多见。偶尔见于足、肋骨、骨盆及长骨。

（二）早期无症状，常因肿瘤长大，造成畸形或隐痛才引起注意。

（三）局部可触及不规则的骨性膨胀，多无或轻微压痛。病理性骨折后疼痛、肿胀较重。

（四）X线片：指或掌骨内有局限的、边缘整齐的椭圆形透光区，内有散在的砂粒样致密点，骨皮质膨胀变薄，可单发或多发。

（五）肿块迅速增大、X线片有皮质破坏及不规则骨膜反应，应疑为恶性变（软骨肉瘤）。

（六）病理检查可确诊。

【治疗】

无症状的单个小肿瘤可暂时观察。

手术可行肿瘤刮除、植骨术，畸形严重或疑为恶性变需行局部整块切除或截肢（指）治疗。

骨巨细胞瘤

骨巨细胞瘤又称破骨细胞瘤，是一种生长在骨骺的易复发或恶变的骨肿瘤，少数一开始即为恶性。

【诊断要点】

（一）好发于青壮年的膝部附近。股部下端、胫骨上端、桡骨远端、股骨近端最多见。

（二）局部间歇性隐痛，逐渐肿大、疼痛加重、皮温升高、表浅静脉曲

张。

(三)X线片显示在长骨干骺端,有偏心性呈肥皂泡样囊肿阴影,囊壁边界清楚。骨皮质膨胀,薄如蛋壳,少有骨膜反应,很少穿破关节软骨面。

(四)活检可明确诊断。

【治疗】

以手术治疗为主,可辅以放疗。

手术多为肿瘤刮除,50%氯化锌液烧灼后植骨。少数肿瘤过大可行整块切除,恶性者可考虑截肢。

骨 肉 瘤

骨肉瘤是恶性骨肿瘤中最常见和恶性程度最大的一种。又分为成骨性骨肉瘤及溶骨性骨肉瘤2类。

【诊断要点】

(一)好发于青少年长管状骨干骺端,以股骨下端及胫骨上端最多。

(二)局部疼痛,夜间尤甚。肿块发展迅速,皮温高,局部静脉曲张,有压痛及肢体活动受限。晚期有恶病质。

(三)化验:有贫血、血沉加快,碱性磷酸酶升高。

(四)X线片示在干骺端有偏心性破坏,常见放射状骨针及Codman三角。可有早期肺转移。

(五)病检可确诊,常在手术中做冰冻活检。

【治疗】

早期发现早期手术,手术可做高位截肢或保留肢体的瘤段灭活再植等。术前后配合化疗及放射治疗。

软 骨 肉 瘤

软骨肉瘤起源于软骨组织,少数由软骨瘤或骨软骨瘤恶变而成。

【诊断要点】

(一)多发于青壮年长管状骨,以股骨下端为多。亦可累及骨盆等扁状骨。

(二)病程缓慢,疼痛轻,包块生长慢,硬如骨,体积可较大。在骨盆偶有压迫症状。

(三)X线片示中心型见骨端有透光骨缺损,骨皮质膨胀变薄,周围型见软骨样阴影从骨质向外生长。共同特点是在肿瘤阴影内有斑点状钙化区。

【治疗】

因生长缓慢,不早期转移,可行截肢术或关节离断术,也可行瘤段灭活再植术。对放疗及化疗不敏感。

第六节　小儿外科

血　管　瘤

【诊断要点】

(一)毛细血管瘤:色鲜红或紫红,境界清楚,多在生后或数日内出现,随年龄增大,形成高出皮面的红色块物,压之可暂时退色,一般在1～1.5年可自行消退,也有延至3～5年退尽。

(二)海绵状血管瘤:常位于皮下组织,呈质软囊性肿块,皮肤可隐现蓝色。临床发现较晚。

(三)蔓状血管瘤:位置常较深,多发生在肢体,皮肤表面可见静脉曲张,局部可有搏动或震颤,不能自行消退。

【治疗】

(一)随访观察:毛细血管瘤和部分海绵状血管瘤都可能自行消退,随访观察,等待其自然消退。后果较好。

(二)手术治疗:海绵状血管瘤和蔓状血管瘤可行手术切除。

(三)硬化剂注射治疗:注射方法是将硬化剂直接注入肿瘤内,或从肿瘤的供应血管注入,使肿瘤发生血栓机化而结缔退化。硬化剂有95%酒精,只在瘤体内注射,每次总量0.1～0.5ml,每周1～2次。近年来有用医用尿素,可静脉滴注。注射当时用生理盐水配成35%～40%的浓度。对毛细血管瘤和海绵状血管瘤,可直接注入瘤体和血窦内。

(四)冷冻疗法:适用于小面积的毛细血管瘤,用液氮或二氧化碳霜行冷冻治疗。

（五）放射治疗：若为小儿，因其正在生长、发育，一般不采用。

骶尾部畸胎瘤

畸胎瘤是由原始胚层组织演变而来的先天性肿瘤。好发于身体中线及其两旁，如骶尾部、纵隔、卵巢和睾丸，以骶尾部畸胎瘤为最多见。

【诊断要点】

（一）显型畸胎瘤：大部分在出生时或生后不久即出现肿物。肿物为圆形或椭圆形，大小不等，软硬相间呈结节状，表面覆有健康皮肤。肿瘤过大时，表面皮肤紧张无皱折，有时可见青紫色或红色斑，肿物可偏向臀部一侧，肿瘤过大，可使肛门向前下方移位。

（二）隐型畸胎瘤：长时间可无任何症状，肿物在盆腔内发展到一定程度，可压迫直肠和骶神经，引起便秘和骶部不适，同时有排尿困难。直肠指诊可触及骶前肿物。

（三）混合型畸胎瘤：不但具有显型的临床特点，而且和隐型一样，可压迫直肠和膀胱引起排便困难和尿潴留。

（四）骶尾部畸胎瘤初期：绝大多数为良性，肿物与周围分界清楚。恶变后则发生粘连和远处转移。血清中甲胎蛋白呈阳性。

（五）骶尾部畸胎瘤有时应与脊膜膨出鉴别。脊膜膨出多在腰骶部中线上，用手压迫肿物时前囟突出。小儿哭闹时，可感到肿物胀大。另外，脊膜膨出患儿常伴有下肢麻痹和大小便失禁。

【治疗】

小儿骶尾部畸胎瘤一旦确定诊断，无论肿物大小，都应及早手术治疗。最好在新生儿时期，以防恶变及感染。

（一）手术要点：

1．切口：采用骶部倒“V”形切口，尽量远离肛门。

2．分离时保持包膜完整，以防复发以及转移。

2．应将尾骨连同肿瘤一并切除。

4．术中注意保护直肠，以免在分离肿瘤时损伤。

5．保留臀部肌肉，固定好直肠，以免术后发生脱肛。

（二）术后注意：

1．取俯卧位或侧卧位，及时更换尿布，防止尿便污染敷料，造成切口

感染。

2. 恶性畸胎瘤，术后应用放疗和化疗。

肾胚胎瘤

肾胚胎瘤或称肾母细胞瘤，又称威尔姆(Wilms)瘤，是婴幼儿最多见的恶性实体瘤之一，以6个月至3岁为最多见。近30年来由于应用手术、放疗、化疗的综合治疗措施，疗效有了显著的提高。

【诊断要点】

(一)早期无任何症状，多为偶然发现腹部肿物，晚期可出现贫血、消瘦、低热等。

(二)肿瘤可发生于肾的任何部位，触诊肿瘤位于上腹季肋部一侧，表面光滑，边界清楚，中等硬度，无压痛。

(三)仅1/3患儿有镜下血尿，10%～15%患儿有肉眼血尿。

(四)肺是肾胚胎瘤最好发的转移部位，故应常规行胸部X线检查。

(五)静脉肾盂造影检查，显示肾盂、肾盏受压移位、变形、拉长，甚至不显影。

(六)应与腹膜后畸胎瘤、神经母细胞瘤、肾积水等疾病相鉴别。

【治疗】

尽早采用手术、放疗、化疗的综合治疗措施。

(一)手术切除肿瘤及摘除肾门及腹主动脉旁淋巴结。

(二)化学疗法：常用药物是长春新碱和更生霉素。

1. 长春新碱：静脉注射0.05mg/kg体重，每周1次，共10次。然后每2周1次，作为维持量。可以单独应用，亦可与更生霉素合用。

2. 更生霉素：每日静脉注射10～15μg/kg体重，7d为1疗程。6周后用第2疗程，以后3个月为1疗程。

在应用化疗过程中，注意复查血象，如出现白细胞及血小板减少等副作用时，则停药。

(三)放射治疗：肾胚胎瘤对放射治疗较为敏感，术后应较早施行放射治疗。

先天性食管闭锁

先天性食管闭锁是一种严重的发育畸形，早产儿、低体重儿多见，死亡率高。根据食管闭锁及气管食管瘘的关系，分5种类型。

Ⅰ型：食管上下段均闭锁，无食管气管瘘(4%～8%)，两段距离甚远。

Ⅱ型：食管上段有瘘与气管相通，食管下段盲闭(0.5%～1%)，两段距离亦甚远。

Ⅲ型：食管上段闭锁，下段有瘘与气管相通(85%～90%)，上下两段距离超过2cm($Ⅲ_A$)，两段距离在1cm左右($Ⅲ_B$)。

Ⅳ型：食管上下两段皆与气管相通成瘘(1%)。

Ⅴ型：无食管闭锁，但有瘘与气管相通，即单纯气管食管瘘(1%)。

其中以Ⅲ型最为常见。

【诊断要点】

(一)新生儿生后第1、2d内即表现有唾液过多的现象，甚至出现青紫、窒息。吸引后症状缓解。

(二)第1次喂奶后就出现呛咳，奶即从口腔、鼻孔溢出，并出现呼吸困难、发绀，多于早期合并肺炎。

(三)有上述症状疑有食管闭锁时，可由口腔或鼻腔插进8号导尿管，插入8～12cm时受阻或折回，就应疑有食管梗阻。

(四)由插入的导尿管注入碘油1ml后，拍胸部正侧位片(包括胸部及上腹部)，即可确定闭锁食管的平面高度，又能判断它的类型。造影后应将碘油吸出，以防误吸，不可使用钡剂。

【治疗】

(一)术前准备：

1．患儿的转送，要特别注意保暖，置婴儿于头高位(斜坡位)，如为远途转送，途中应用针筒经导管吸引食管盲袋、咽部、口腔的分泌物，并吸氧。

2．手术准备时间，可在24h左右准备，此时间大力治疗肺炎和改善患儿全身状态。

3．补液：每24h补给10%葡萄糖液40ml/kg体重、给血浆30ml。

4．放保暖箱内、半坐位，吸入高浓度氧气。

5. 吸引：每 15min 用软导管吸引食管盲袋咽部分泌物，以免吸入。

（二）手术：

1. Ⅲ型患儿如一般状态允许，争取一期完成手术，行气管食管瘘修补和食管端端吻合。

2. 不能一期吻合时，应考虑切断修补气管食管瘘，上端食管在颈部造瘘，同时胃造瘘，3 个月后行食管重建术。

（三）术后处理，仍应保暖、吸氧、清除口腔分泌物等护理治疗。

胸腹裂孔疝

胸腹裂孔疝为先天性膈疝中最常见之一种，是因为膈发育时出现缺陷，腹内脏器经胚胎胸腹膜管进入胸腔而成膈疝。

【诊断要点】

（一）症状重者，生后出现青紫、呼吸困难、肋骨内陷，以后逐渐加重。

（二）症状轻者，喂饲或哭闹时出现气急，轻度发绀，向健侧卧位症状加重，半卧位或向患侧卧位，症状减轻。

（三）患侧胸部叩之浊音，疝入胸腔的肠管或胃充气时叩之鼓音。患侧呼吸音减弱或消失，胸部偶能听到肠鸣音。

（四）心脏或纵隔向对侧移位。

（五）腹部瘪陷呈舟状腹。

（六）X线检查胸腔内有肠管影、肺萎缩、纵隔及心脏移位。

【治疗】

确诊后应及早复位修补，对有严重呼吸循环障碍或发生嵌顿的患儿应紧急手术。

（一）术前准备：

1. 禁食、持续胃肠减压，头高位，向患侧卧位，吸氧。

2. 有脱水者给予纠正。

3. 注射抗生素和维生素 K。

（二）手术要点：

1. 新生儿以经腹手术为宜。

2. 如经胸手术以第 7 肋间后外侧切口进胸。

3. 修补膈肌裂孔。

(三)术后处理:患儿清醒后半卧位,禁食、胃肠减压,静脉补液,应用抗生素控制感染,肠功能恢复后方可进食。

先天性肥厚性幽门狭窄

先天性肥厚性幽门狭窄是由于幽门环肌肥厚、增生,使幽门管狭窄而引起的机械性梗阻。为新生儿常见的疾病。

【诊断要点】

(一)呕吐:多于生后2~3周开始,进行性加重,呈喷射性,呕吐物为不含胆汁的奶和胃液,吐后有强烈食欲。

(二)上腹膨隆可见胃型,伴有自左向右推进的胃蠕动波。

(三)右上腹肋缘下腹直肌外缘常可触到橄榄样肿块,软骨样硬,略移动。在喂奶或安睡时仔细检查多能触及。

(四)体重不增或下降、消瘦、呕吐严重,可出现水、电解质紊乱。

(五)诊断困难者可行钡餐检查,显示胃排空时间延长(正常3h),幽门管呈线样狭窄并延长达1~3.5cm。

(六)应与喂养不当,幽门痉挛鉴别。

【治疗】

确定诊断后,应尽早行幽门环肌切开术,手术效果良好。

术前纠正脱水及电解质紊乱,严重者可输血或血浆。

术后第1d开始进糖水,若不呕吐,可试进少量母乳,48h后恢复正常喂养。

先天性肠闭锁和肠狭窄

【诊断要点】

(一)生后第1~3d出现呕吐,进行性加重,吐出量较多,含有胆汁,低位肠闭锁呕吐物可呈粪便样。

(二)新生儿出生后24h仍无正常胎便排出,仅排出少量灰白色或青灰色粘液样物。

(三)腹胀是肠闭锁常见体征。高位闭锁仅上腹部胀,低位闭锁全腹呈一致性膨胀,进行性加重。

(四)频吐后可出现脱水和电解质紊乱,可并发吸入性肺炎及肠穿孔。

(五)肠狭窄多为不全肠梗阻,表现为反复多次呕吐,呕吐物为奶块及胆汁。出生后多有胎粪排出,量较正常少,腹部可见肠型及肠蠕动波　肠鸣音亢进。

(六)X线检查:腹部直立位平片中,高位十二指肠闭锁,可见双气泡征或三气泡征;小肠低位闭锁则显示较多扩张肠袢,且有液平面。肠闭锁可行钡灌肠检查,可见胎儿型结肠。肠狭窄需行钡餐透视检查,明确狭窄部位。

【治疗】

手术是唯一的治疗方法,确定诊断后即应争取早期手术。

(一)术前准备:

1. 住保暖箱。

2. 持续胃肠减压。

3. 纠正脱水及电解质紊乱。

4. 有吸入性肺炎和发绀者吸氧。

5. 应用抗生素及维生素 K。

(二)手术要点:切除近端膨大的盲端,做肠端端吻合术。肠狭窄可行狭窄段切除端端吻合术。

(三)术后处理,同术前处理。

先天性肠旋转不良

先天性肠旋转不良是指在胚胎期肠道的旋转运动不完全或异常,使肠道位置发生变异和肠系膜的附着不全而引起肠梗阻。本病主要见于新生儿。

【诊断要点】

(　)绝大多数患儿生后 24h 内均有胎粪排出。

(二)初次喂奶经过良好。一般于生后 3～5d 出现呕吐,呕吐物含有大量胆汁,呈碧绿色或黄色。

(三)不完全性或间歇性、复发性呕吐。

(四)有血便时,多系中肠扭转已有肠坏死。

(五)早期腹部无阳性体征,晚期肠扭转坏死时可伴有腹膜炎体征。

(六)X线检查:腹部直立位平片可见十二指肠第 2、3 段梗阻改变,钡

灌肠检查可见盲肠和升结肠位于右上腹部或左侧腹部。

【治疗】

确诊后尽早手术治疗。手术要点如下：

（一）开腹后将小肠全部拖出腹腔外，按逆时针方向将肠扭转复位，观察肠管色泽及血运。

（二）剪开并彻底松解压迫十二指肠的腹膜带，把十二指肠全部显露，将盲肠、升结肠推移到左侧腹腔。

胎粪性腹膜炎

胎粪性腹膜炎是胚胎期由于某种原因而造成肠道穿孔，胎粪通过肠道进入腹腔，引起无菌性、异物性和化学性炎症的结果。临床上分2种类型：腹膜炎型和肠梗阻型。

【诊断要点】

（一）腹膜炎型：

1. 因肠穿孔继续存在，多于生后不久发病。

2. 频吐，呕吐物含有胆汁及粪便。

3. 一般状况差，可有呼吸困难和发绀。

4. 腹胀明显呈圆形，腹壁发红发亮伴有明显水肿，甚者阴囊及包皮或阴唇亦水肿，有时可触及腹腔钙化块。叩诊鼓音，肠鸣音减弱或消失。

5. X线检查：腹部平片，可见钙化阴影出现包裹性或分隔性液气腹，侧位片可见肠管粘连成团固定于后腹壁，肠腔内仅有少量气体。

（二）肠梗阻型：

1. 一般与机械性肠梗阻相同，可为完全性或不完全性，高位或低位，单纯性或绞窄性，梗阻时即有呕吐、腹胀、腹痛、便秘等症状。

2. X线检查：腹部平片上可见肠腔充气不均匀，肠袢大小不等，肠腔内有多数液平面。钙化影多局限在右下腹部。

【治疗】

（一）保守治疗：对病情不重、无腹膜炎、不完全性肠梗阻者，可先采用禁食、胃肠减压、补液；经胃管注入石蜡油或服中药粘连松解汤，密切观察梗阻是否缓解。12～24h不见缓解应手术治疗。

（二）手术治疗：对腹膜炎型，完全性肠梗阻保守治疗无效者均须手术

治疗。

手术力求简单，仅做穿孔修补及腹腔引流术；如未能发现穿孔，腹腔脏器粘连成团，不宜多探查，仅做腹腔引流术。

急性肠套叠

【诊断要点】

（一）本病是婴儿期最常见的急腹症。多发于2岁以内平素健康的婴幼儿，以4～10个月之婴儿多见。

（二）突然发病，阵发性规律性的哭闹不安。间歇期如正常儿。

（三）呕吐：呕吐物为食物及肠内容物。

（四）早期即可出现血便或果酱样稀便。

（五）腹部触诊：右上腹可触及腊肠样包块，右下腹空虚感。

（六）肛门指诊：指套染血或果酱样便。

（七）X线钡灌肠检查：钡剂行至套叠头部时，突然停滞不前，可见到杯口状阴影和钳状阴影，即可确立诊断。

【治疗】

（一）空气灌肠复位法：

1．适应证：发病48h以内，一般状况良好，腹不胀，无腹膜刺激征。

2．实施方法：

（1）复位前30min肌肉注射阿托品、复方氯丙嗪。

（2）器械：用国产“肠套叠复位器”，备1条气囊肛管（Foley管）和1个打气的橡皮球。如无复位器，可采用简单的装置：1个“Y”形管，一端与血压计相连，一端与插入直肠内的气囊管相通，另一端接橡皮球。

（3）将气囊肛管插入直肠，将气囊充气，堵塞肛门，再自导管注入气体。

（4）先用8.0～10.7kPa（60～80mmHg）的压力，可逐渐加压，但不得超过12.0～13.3kPa（90～100mmHg），可在X线透视下看复位情况，也可以在床边，用听诊器听诊腹部有无“噗哧”声音。用手触着肿块，看是否消失。

（5）如1次未能成功，可做2～3次，拔出肛管，放出气体，待患儿稍休息后再次灌注。如反复3次，套叠影像仍固定不变或听诊听不到声音，即

应停止空气灌肠复位。

3. 复位指征：

(1)透视下见杯口影消失，气体顺利进入小肠。

(2)拔出肛管后，患儿排出大量气体和一些暗红色粘液，并有黄色粪便。

(3)患儿迅速安静入睡。

(4)腹部触诊包块消失。

(5)口服活性炭 0.5～1g，6～8h 后观察有黑色炭末样便排出。

(二)手术疗法：

空气灌肠复位失败或不适宜空气灌肠复位者，病程达 48h 以上，腹胀有腹膜刺激征及一般情况差者，做好术前准备后，行剖腹探查术。

急性阑尾炎

急性阑尾炎临床分为以下几种类型：

(一)急性单纯性阑尾炎：

1. 除腹痛外，全身症状轻微。

2. 右下腹局限性压痛及轻度肌紧张。

3. 白细胞改变不显著。

(二)急性化脓性，坏疽性阑尾炎：

1. 腹痛较重，全身症状较明显。

2. 右下腹压痛明显，伴有肌紧张及反跳痛。

3. 白细胞及嗜中性粒细胞明显增高。

(三)阑尾穿孔弥漫性腹膜炎：

1. 婴幼儿因阑尾壁薄，大网膜短，故早期即可穿孔。

2. 腹痛剧烈，全身中毒症状重。

3. 腹部压痛明显，并有肌紧张及反跳痛。

4. 白细胞升高明显，嗜中性粒细胞常达 90%。

5. 腹腔穿刺可抽出脓液。

(四)阑尾周围脓肿：

1. 发病在 3d 以上，全身中毒症状明显。

2. 右下腹可扪及包块，有触痛。

【诊断要点】

（一）持续性腹痛，开始于上腹或脐周围，数小时后转移至右下腹。

（二）恶心、呕吐，呕吐不重，为胃内容物。

（三）发热，体温多在37.5～38.5℃之间，阑尾穿孔时婴幼儿体温可达39℃以上。

（四）查体右下腹固定性压痛，伴有肌紧张及反跳痛。

（五）白细胞增高，一般在15×10^9左右。

【治疗】

（一）保守治疗：对轻型急性单纯性阑尾炎或阑尾脓肿以保守治疗为主。

1．禁食或给以流质。

2．应用抗生素控制感染。

3．中药治疗。

4．保守治疗时，如有体温升高，中毒症状加重，腹部包块增大，需手术治疗。

（二）手术治疗：小儿化脓性、坏疽性、穿孔性阑尾炎，确诊以后应及时手术，行阑尾切除术。

手术要点、术后处理、术后并发症处理见成人阑尾炎章。

先天性巨结肠

先天性巨结肠是一种比较多见的肠道发育畸形。常见型病例是直肠、乙状结肠远端肠壁神经节细胞缺如，病变肠段处于痉挛状态，产生一个非器质性的肠狭窄，久之近端结肠扩张、肥厚、扩大，谓之巨结肠。

【诊断要点】

（一）新生儿时期突出症状是腹胀、便秘、呕吐。生后24～48h没有或仅有少量胎便排出，须灌肠或用其他方法处理才有较多胎粪排出。直肠指诊可激发排便反射，手指拔出后，多随着有胎粪排出，并伴有大量气体排出。

（二）新生儿期腹胀严重者可吐胆汁或粪样物。腹部膨胀，腹壁皮肤发亮。

（三）婴幼儿及儿童则以腹胀、便秘为主诉，平时须服缓泻剂及定期洗

肠，方能排便。否则不能自行排便。

（四）典型者腹胀，腹大而宽呈蛙状腹，腹壁薄而软，有时可见肠型。

（五）患儿生长发育缓慢，伴有不同程度消瘦、营养不良。

（六）X线检查：腹部平片，可见结肠显著扩张，肠腔积气。钡灌肠侧位片可显示痉挛狭窄段的长度及肠管扩张程度。

【治疗】

（一）保守疗法：适用于新生儿巨结肠、6个月以内的婴儿及短段型巨结肠者。

具体方法如下：

1. 护理疗法：用等渗温盐水洗肠，反复冲灌抽吸，每日或隔日进行1次，每次用量100ml/kg体重。

2. 扩肛：用20～25号肛门直肠扩张器扩肛，1次/d，每次20min。

3. 中药内服：郁李仁、厚朴、枳实、党参等为主，2次/d内服。

4. 保守治疗过程中同时要注意患儿营养和预防感染。

（二）手术疗法：手术适应证如下：

1. 6个月以上的婴儿，确诊为普通型巨结肠者，可行巨结肠根治术。

2. 新生儿巨结肠梗阻症状严重，全身情况差，经保守治疗不能缓解，或发生肠穿孔时行横结肠造瘘术。

肛门直肠发育畸形

肛门直肠发育畸形分类如下：

（一）高位畸形：直肠末端在耻骨直肠肌之上者。

（二）中间位畸形：直肠末端位于耻骨直肠肌之中。

（三）低位畸形：直肠末端位于耻骨直肠肌之下者。

无论哪一类型的肛门直肠畸形，都可能并发直肠泌尿生殖系瘘和会阴瘘，瘘的发生率约为50%，尤以女孩为最多见。

【诊断要点】

（一）不合并瘘管或合并瘘管较细者，生后数日内即出现低位肠梗阻症状，迅速出现腹胀、呕吐，吐出物含有胆汁及粪便。

（二）生后无胎粪排出，有瘘者外阴部可染有胎便。男婴合并泌尿系瘘者，尿道口可见胎便染色。

(三)个别患儿瘘管宽大,早期无梗阻症状,直到饮食改变、粪便变硬、或于生后数月或1岁以后,出现排便困难,才来就诊。

(四)局部检查:高位闭锁无瘘者,在正常肛门部位皮肤稍凹陷,色泽较深,患儿哭闹或用力时,凹陷处不向外突出,触之该处无冲击感。而低位闭锁在哭闹或用力时,凹陷处向外膨出,触之有冲击感,同时刺激会阴部皮肤时,在正常肛门凹陷处有收缩,表示有括约肌存在。

(五)全身检查:注意有无合并其他的先天性畸形,如先天性心脏病、肠闭锁、食道闭锁等。

(六)X线检查:倒立侧位X线平片,根据直肠盲端气体影与肛门标志间的距离,确定畸形的类型。即直肠盲端距肛门标志1.8cm以上者,为高位畸形;距离肛门标志1.1cm以下者,为低位畸形;在两者之间者,为中间位畸形。X线投照时应注意以下几点:

1. 患儿生后12~24h拍片。

2. 先使患儿卧于头低位5~10min,拍片前再提起患儿双腿倒置1~2min,以便使气体充分进入直肠。

3. 于正常肛门处放置金属标志。

4. 患儿曲髋90°,X线中心对准股骨大粗隆。

5. 在患儿哭叫时或深吸气时曝光。

【治疗】

根据肛门直肠畸形类型,选择不同的治疗方法。

(一)肛门、直肠下端轻度狭窄,采用扩张术,多能恢复正常功能,用金属探子或手指插入直肠内,反复持久扩张肛门,每日或隔日1次,每次为15~20min,持续6个月左右。

(二)低位肛门畸形或直肠前庭瘘,可行会阴肛门成形术。

(三)中间型畸形,应行骶会阴肛门成形术。

(四)高位畸形,包括有瘘管和无瘘管以及直肠闭锁的病例,应先做乙状结肠造瘘或横结肠造瘘。6个月后行骶腹会阴肛门成形术。

肛门成形术后2周开始常规定期扩张肛门。可以用手指或金属扩张器扩肛,1次/d,每次留置15~20min,1个月后可改为隔日1次或每周2次,坚持6个月。应负责教会家长扩肛方法及说明其重要性。

先天性胆总管囊肿

【诊断要点】

(一)肿块:90%患儿腹部可触及肿块,位于右上腹肝缘之下,边缘清楚,有时稍能左右移动,呈囊性感,张力大时呈实体感。

(二)腹痛:可于上腹部或右上腹钝痛。合并感染时,疼痛加重,严重者呈绞痛。约有60%患儿有腹痛。

(三)间断性黄疸:症状轻者临床可无黄疸,但在感染、疼痛出现后,则可暂时出现黄疸,有发热时可达38~39℃。

(四)X线腹部平片:可见右上腹占位性致密肿块阴影,肿块大时,明显将胃和结肠推移。钡餐检查,十二指肠窗扩大,呈弧形压迹。侧位片上,可见胃、十二指肠受压,向前移位。

(五)超声波检查:可见与肿物相当的液平段,对诊断为囊性肿块颇为可靠。

【治疗】

先天性胆总管囊肿应及时进行手术治疗,防止并发症的发生,如胆道感染、阻塞性黄疸患者,会逐渐发生肝硬化。

术式目前大都行囊肿全部切除,肝管－空肠 Roux－Y 吻合术。以往的囊肿－空肠吻合或囊肿－十二指肠吻合,现在都很少应用。

腹股沟疝

【诊断要点】

(一)生后或生后数月,腹股沟部出现可复性肿物。

(二)肿物出现与咳嗽、哭闹、用力排便等腹内压增高因素有关。

(三)肿物还纳后可听到"咕噜"肠鸣音。

(四)患侧腹股沟部位多隆起,阴囊增大。

(五)肿物还纳后压迫内环,肿物不复出现。

(六)肿物上界不清。

(七)应与鞘膜积液、睾丸肿瘤、隐睾等疾病鉴别。

【治疗】

小儿腹股沟疝自愈的机会较少。经确诊后都应进行手术治疗,但应

选择适当时机为宜。一般6个月后可行手术治疗，无呼吸道感染及咳嗽时期做。

手术要点：一般行疝囊高位结扎术，不需做修补术。

嵌闭性腹股沟疝

【诊断要点】

(一)有腹股沟部位可复性肿物病史，2岁以下婴幼儿多见。

(二)肿物出现后不能还纳，疼痛，哭闹不安。

(三)肿物出现时间长时，可出现肠梗阻症状及体征。

(四)腹股沟或阴囊内可见椭圆形肿物，质硬，有触痛，皮肤红肿。

(五)腹部X线检查，可见肠管扩张及液平面。

(六)女孩腹股沟疝嵌闭时，疝内容物常为卵巢或输卵管，因没有肠梗阻，易被忽略，应引起注意。

【治疗】

小儿嵌闭性腹股沟疝应予紧急处理：

(一)手法复位：由于小儿的解剖生理特点，从疝内容物受嵌闭发展到坏死的过程比较缓慢。而且疝嵌闭后，疝囊周围组织水肿，小儿疝囊壁又非薄，水肿后更易撕破，致使术后易于复发，故先采用手法复位。

1. 适应证：

(1)嵌顿时间在12~24h以内者。

(2)全身情况良好，无肠管坏死征象者。

2. 方法：

(1)先给予适量镇静剂，如复方氯丙嗪针1~2mg/kg体重，肌注，使小儿安静入睡。

(2)取头低脚高倾斜20°的仰卧位。

(3)用一手轻柔按摩外环，另一手轻轻挤压疝囊，帮助复位。

(4)挤压时切忌施用暴力，以免损伤疝内容物。

复位后应密切观察，如有血便、腹胀、腹肌紧张，发热或气腹，提示坏死肠曲被复位，应立即剖腹探查。

(二)手术治疗：

1. 适应证：

(1)嵌闭时间超过12～24h以上,阴囊处皮肤发红。

(2)行手法复位失败者。

(3)全身情况差,已有血便者。

(4)新生儿无法估计嵌闭时间。

(5)女孩嵌闭疝。

2. 手术要点:

(1)解除疝囊颈的压迫。

(2)根据肠管色泽、张力、蠕动来判断肠管活力。

(3)其余步骤同一般腹股沟疝。

先天性肌性斜颈

【诊断要点】

(一)30%～40%有难产或臀位产史。

(二)出生7～10d侧颈部出现圆形或椭圆形肿块,6个月后肿块消失。相继出现颈斜,胸锁乳突肌紧张。

(三)颈部活动受限,头偏向患侧,下颌转向健侧。

(四)脸部不对称,患侧脸短而扁,健侧脸长而瘦。

(五)随着儿童成长,患侧之耳、眉、眼、嘴角都低下,颈椎也出现畸形。

(六)X线照片:颈椎正、侧位像,颈椎无骨骼结构改变。

【治疗】

(一)保守疗法:适用于6个月以内患儿,坚持每日多次手法矫正。方法是:固定两肩,下颌转向患侧,头部转向健侧,牵拉病变的胸锁乳突肌,100～200次/d。哺乳或睡眠时也要保持此姿势。

(二)手术疗法:经手法矫治半年至1年后未见好转者,须行手术治疗。

1. 手术要点:

(1)锁骨上做横切口,切断胸锁乳突肌锁骨头、胸骨头及深筋膜。

(2)年龄较大者,同时做乳突下横切口,切断胸锁乳突肌乳突头。

(3)术中避免损伤颈浅静脉,臂丛、肺尖、锁骨下动脉,副神经和面神经。

2. 术后处理:年龄在6岁以下者,术后以砂袋挤压头部4～6周。6

岁以上者，应用石膏固定4～6周，以后仍应手法矫正1～2年。

先天性马蹄内翻足

【诊断要点】

（一）出生发现足跖屈、内翻，前足内收，胫骨内旋。男多于女，双侧多于单侧，常有家族史。

（二）跟腱挛缩，胫前、胫后肌强，足内缘凹陷，外缘突出。

（三）会走路儿童的距骨头向背侧隆起，跟骨内倾，足外侧着地，负重点有胼胝及滑囊形成。

（四）可伴有脊柱裂、髋关节脱位等其他先天畸形。

【治疗】

6个月以内婴儿多以手法纠正，石膏固定，逐渐纠正畸形。2岁以上幼儿考虑手术治疗。

先天性髋脱位

【诊断要点】

（一）初生儿下肢外展受限，把尿时大腿分不开，偶尔听到响声。

（二）腹股沟皱纹不对称，患侧短或消失，臀部皮纹亦不相同，患侧升高或多一条。

（三）会走路时间较晚，步态不稳，单侧脱位短腿跛行，双侧脱位走路左右摇摆，称鸭步。

（四）单侧脱位，仰卧屈双膝双髋，患髋较低，即Allis征阳性。

（五）屈髋屈膝90°，旋转髋部，可摸到脱位的股骨头在臀部滑动。

（六）仰卧见脱位侧股骨头上移，大粗隆高出Nelaton线。

（七）X线平片显示髋臼倾斜角增大（正常22°），髋臼浅，股骨头骺小、上移、股骨颈闭孔线（Shenton线）断裂，脱位时不成一弧线。

【治疗】

（一）非手术疗法：半脱位在半岁以内用尿枕或外展架治疗。全脱位侧皮牵引2～3周后，全麻下手法复位、蛙式石膏固定，3个月后改伸膝外展位石膏固定。

（二）手术治疗：适于4～6岁儿童，胫骨牵引3～4周后施行开放复

位，同时做髂骨截骨术，加深髋臼，石膏固定4～6周。

第七节　烧　　伤

【诊断要点】

（一）烧伤面积估计：以烧伤区占体表面积%表示，估计方法有以下2种：

1．中国新九分法，是将人体各部分别定为若干个9%，主要适用于成人，小儿头大下肢小，稍加修改，具体方法见表4－7－1。

表4－7－1　中国新九分法

部位		占成人体表%		占儿童体表%
头颈	发部	3	9	9＋(12－年龄)
	面部	3		
	颈部	3		
双上肢	双上臂	3.5×2	9×2	9×2
	双前臂	3×2		
	双手	2.5×2		
躯干	躯干前	13	9×3	9×3
	躯干后	13		
	会阴	1		
双下肢	双臀	2.5×2	9×5＋1	9×5＋1　(12－年龄)
	双大腿	10.5×2		
	双小腿	6.5×2		
	双足	3.5×2		

2．手掌法：是以伤者本人的一个手掌(指并拢)占体表面积1%估计。

（二）烧伤深度的识别：见表4－7－2。

（三）烧伤严重程度分类：

1．轻度烧伤：Ⅱ度烧伤面积在10%以下。

2．中度烧伤：Ⅱ度烧伤面积在11%～30%之间，Ⅲ度烧伤在10%以内。

3．重度烧伤：总面积31%～51%，或Ⅲ度烧伤面积11%～20%，或

Ⅱ、Ⅲ度烧伤面积虽不达上述百分比，但已发生休克并发症和呼吸道烧伤

4．特重烧伤：Ⅱ度烧伤面积50%以上或Ⅲ度烧伤面积20%以上。

表4-7-2 烧伤深度分类表

深度分类		临床体征	创面愈合过程
一度（红斑性）		伤及表皮、红、肿、疼痛、烧灼感	3－5d愈合，脱屑，不留瘢痕
二度（水泡性）	浅二度	伤真皮浅层，水泡大，潮湿，水肿，剧痛，感觉过敏	如无感染，1－2周愈合，不留瘢痕
	深二度	伤真皮深层，水泡小，疼痛，创面白红相间，干燥后可见网状栓塞血管	如无感染，3－4周愈合，有瘢痕遗留
三度（焦痂性）		伤及皮肤全层，创面无水泡呈皮革状，蜡白或焦黄，碳化，感觉消失，干燥	3－4周后焦痂脱落，须植皮才能愈合，遗留瘢痕畸形

【治疗】

（一）现场急救：

1．保护受伤部位：

（1）迅速脱离热源，可用凉水冲淋降温。

（2）避免再损伤局部，伤处的衣、裤、袜之类应剪开取下，不可剥脱，转运时伤处向上，以免受压。

（3）减少污染，用清洁被单之类覆盖创面或简单包扎。

2．镇静止痛：

（1）安慰患者勿惊恐，勿烦躁。

（2）酌情使用安定、哌替啶之类。

3．呼吸道护理：要重视呼吸道通畅，需要时及时切开气管，给予氧气。

（二）治疗原则：

1．对轻度烧伤主要是处理创面和防止局部感染，辅助少量镇静药和口服含糖盐饮料。

2. 中度以上的烧伤，需要局部治疗和全身治疗并重。

(1)全身治疗：

1)烧伤后 48h 为休克期，制订输液计划。

第 1 个 24h 输液计划：①胶体液－烧伤面积×体重(kg)×0.5ml；②电解质－烧伤面积×体重(kg)×1.0ml；③基础水分－2 000ml(小儿按体重计算)。上述 3 项液体的一半，在伤后 8h 内输完，另一半在以后 16h 内均匀输入。

第 2 个 24h 输液计划：基础水分量不变，胶体液及电解质溶液均为第 1 个 24h 的半量。

2)全身应用抗生素：对一般化脓性感染和绿脓杆菌的感染多联合用药。

3)可注射破伤风抗毒素(TAT)1 500u。

(2)创面处理：

1)剪除创面周围毛发，用无菌盐水冲洗创面及周围皮肤，再以 1‰新洁尔灭液轻拭创面和周围皮肤。

2)根据创面部位和深度分别采用包扎或暴露疗法。

3)对躯干和四肢环形焦痂及时焦痂切开。

4)Ⅲ度烧伤创面采用早期切痂植皮。

[附]特殊烧伤

(一)电烧伤：包括电击伤和电接触烧伤，前者局部损伤轻微，电流进入体内传遍全身，主要损害心脏，可发生电休克。电接触伤是电流直接所致的烧伤，它有入口和出口，入口中心碳化，呈皮革样坏死，出口病变程度较轻。入口局部损伤从皮肤波及骨骼，肌肉肿胀，可导致缺血性挛缩乃至广泛坏死，血管内血栓形成，继之局部组织坏死。其治疗措施包括以下 2 个方面：

1. 注射较大剂量青霉素 10d 左右，并注射破伤风抗毒素。

2. 电接触伤深且不规则，应争取在伤后 3～5d 内切痂植皮，同时探查筋膜下肌肉情况切除坏死肌肉。

(二)强酸和强碱烧伤：这 2 种烧伤所致的创面均较深，呈暗色痂，处理均立即用大量清水冲洗，然后保持创面清洁干燥，待其痂下愈合或切痂植皮。

第五章　妇　产　科

第一节　妇产科常用特殊检查

妊娠试验

利用孕卵着床后滋养细胞分泌 HCG，并经孕妇尿中排出的原理，目前主要采用免疫学方法（乳胶颗粒凝集抑制试验法、羊红细胞凝集抑制试验法、放射免疫法、酶联免疫吸附分析法）测定受检者血或尿中 HCG 含量，协助诊断早期妊娠、宫外孕、葡萄胎、绒癌等疾病。

【适应证】

（一）早孕：由于个体差异及排卵期、受孕期等因素，尿 HCG 的变动幅度很大。需要抗早孕者，在 HCG 为 625u/L 时就可以用抗早孕药物。须人工流产病例，则以尿 HCG 为 5 000u/L 时再做手术。

（二）先兆流产、难免流产与过期流产：当尿 HCG 下降至 625u/L 时则流产难免，不必再用孕激素保胎。

（三）宫外孕：尿 HCG 量较低，常在 312～625u/L。

（四）抗早孕及随访：用抗早孕药后，如尿 HCG 陆续下降，提示抗早孕有效。如连续 2 次低于 312u/L，则可以认为子宫内已无活跃的绒毛组织。

（五）葡萄胎与绒癌：尿中 HCG 在 64 万 u/L 以上时，葡萄胎的可能性很大，但不能忽视有正常妊娠的可能。另外，个别葡萄胎患者尿 HCG 也可以正常或低于正常。至于绒癌病例通常尿 HCG 并不太高，在有广泛转移者，尿 HCG 也能高达 500 万 u/L 以上。

卵巢功能检查

在月经周期中，随着雌孕激素的变化，可引起子宫内膜、宫颈、阴道细胞周期变化。通过对以上卵巢靶器官的检查，来判断卵巢功能是否正常。

一、阴道脱落细胞涂片检查

在卵巢雌、孕激素的影响下，阴道上皮可以发生周期性改变，这种改变在阴道上段更为明显。

排卵前阴道上皮在雌激素的影响下，底层细胞增生，渐渐演变为中层与表层细胞，使整个上皮增厚，其中表皮细胞角化，其程度在排卵期最为明显。

排卵后阴道上皮细胞在孕激素的作用下，加速脱落，能见脱落的细胞多为中层细胞或角化前的细胞。

临床上常根据阴道脱落细胞的变化了解卵巢的功能。通常做阴道涂片检查，用于观察卵巢功能或雌激素治疗的药物反应。

二、子宫颈粘液结晶检查

子宫颈管内膜腺体分泌粘液，其性能在月经周期中受卵巢激素功能的影响而不同。临床上用以测定卵巢的排卵功能，对指导避孕、诊断不孕、早孕和月经失调等方面有一定价值。

1．方法：

(1)暴露宫颈，拭净宫颈外口及穹隆部分泌物。

(2)用干燥长弯钳或吸管伸入颈管内 0.5cm 处，取粘液，将粘液顺一方向平铺在玻璃片上。

(3)待玻片上粘液干燥后置显微镜下检查。

2．结果：

(1)＋＋＋：片中满布主梗粗硬、直而长、分支密的羊齿状结晶，表示即将排卵。

(2)＋＋：片中满布弯曲而较粗的羊齿状结晶，分支较少而短以树枝着雪的形态，相当于月经周期第 10～12d，即排卵前 2～4d。

三、基础体温测定

基础体温是指机体在通过 6～8h 的睡眠醒来，尚未进行任何活动所测得的体温。正常育龄妇女的基础体温受孕激素的影响而变动，在月经

周期的前半期(卵泡期),维持在较低的水平,约 36.5℃,在后半期(黄体期),排卵后由于孕激素的影响(有致热作用),使体温上升 0.5℃,维持在 37℃左右,至下次月经来潮前方下降,称为双相曲线。无上述规律性周期变化,称单相曲线。

【操作方法】

于每晚临睡前将体温表置床头,清晨醒后在做任何活动前测口腔体温 5min,最好在清晨 5～6 时固定时间内测量,夜班工作者应在白天睡 4～6h 后测量。测得体温记入特殊表格内,如有发热、饮酒、迟睡、失眠等特殊情况,均能影响体温,须于表中注明。一般至少测 3 个周期方能推算排卵日期。

【适应证】

测量基础体温在临床上广泛用于推算排卵日期及观察黄体功能。一般排卵发生在体温上升前后的 1～2d 内,往往在上升前有一轻度低温点,可能是最接近排卵的具体时间。若体温上升呈阶梯型,需数日方能达到高水平,则难于估计排卵日期,单相体温曲线表示该周期无排卵。根据体温上升的幅度和持续时间可推测黄体功能情况。正常排卵妇女体温上升幅度在 0.5℃左右,若低于 0.4℃或持续时间＜12d,即为黄体功能不足;体温上升持续 18d 以上,则可疑妊娠。基础体温适用范围如下:

1. 了解有无排卵及排卵日期。

2. 有利于采取安全期避孕。

3. 提高诊断早孕及推算预产期的准确性。

阴道清洁度检查

正常阴道液为酸性(pH4.5),有灭菌作用,故阴道涂片中只有阴道杆菌及上皮细胞。有生殖道炎症或碱度上升时,可杂有细菌及白细胞。将白带涂在玻片上,行革兰染色,根据杂菌及白细胞多少而把阴道液分为 3 度,称为阴道清洁度。

Ⅰ度:只有多量阴道杆菌及上皮细胞,无杂菌或白细胞,视野非常清洁,属正常阴道分泌物。

Ⅱ度:阴道杆菌及上皮细胞中等量,少量白细胞及杂菌,亦属正常分泌物,多见于阴道口松弛的经产妇。

Ⅲ度：无阴道杆菌，少许上皮细胞，而有大量杂菌及白细胞，多见于阴道炎或较重的宫颈炎等。

【适应证】

一般用于妇科或计划生育手术前，检查是否有病原体及多量细菌，能否引起术后感染。如属Ⅲ或Ⅱ清洁度时，均应首先治疗炎症，然后再手术。

输卵管通液试验

输卵管通液试验包括输卵管通液法及子宫输卵管造影2种。

【适应证】

（一）检查原发性或继发性不孕症。

（二）检查和评价施行输卵管成形术（吻合术、造口术、移植术）的手术效果。

（三）疏通轻度输卵管粘膜皱壁或伞端粘连。

【禁忌证】

（一）行经期或子宫出血期。

（二）内生殖器有急性或亚急性炎症。

（三）阴道滴虫或霉菌感染。

（四）重度子宫颈糜烂或Ⅲ清洁度以上者。

（五）有严重心、肺疾病患者，糖尿病及癌症患者。

【操作方法】

（一）手术时间：在经血净后4～7d，预计在排卵前进行。

（二）术前准备：

1．通液器1套。

2．20ml或50ml无菌注射器1只。

3．生理盐水。

（三）通液：

1．取膀胱截石位，常规消毒外阴、阴道。

2．用宫颈钳夹住宫颈前唇后，轻轻向外拉，将通液头按子宫位置送入颈管内，使导管的圆锥形橡皮头与宫颈紧密相贴，以免漏液，注入温生理盐水，速度以5ml/min为宜，注意阻力大小、有无漏液、有无回流等现

象。若能注入全部液体而不遇阻力，无回流，则示输卵管通畅；若阻力很大而有 10ml 以上回流液，则示不通；若液体能注入，而阻力较大或有少量回流，则示通而不畅。

【注意事项】

（一）用无菌生理盐水 20ml，注意液体宜温，速度宜慢，以 5ml/min 为宜。

（二）注意阻力大小及有无漏出，有无回流。

（三）手术完毕后适当休息，禁盆浴及性交 2 周。

（四）术前禁性交。

（五）有输卵管阻塞现象时，可重复 1 次试验，避免因输卵管痉挛所产生的误诊，如需重复试验时，稍休息后再复试，一般不可超过 3 次。

（六）术前应注射阿托品 0.5mg，以防输卵管痉挛。

（七）若消毒不严可导致盆腔感染。

（八）少量子宫内膜随液体进入腹腔，可形成子宫内膜异位症，但很少见。

输卵管造影术

用显影剂以通液的方法注入宫腔后，X 线摄片观察输卵管显影情况，其结果较通液精确，为临床常用方法。参阅 X 线诊断。

子宫颈活检

【适应证】

（一）宫颈糜烂易出血，临床有宫颈癌可疑者。

（二）宫颈刮片阳性者。

（三）宫颈有其他病变或赘生物，须进一步诊断者。

【注意事项】

（一）病变组织不易辨认时，可于宫颈口鳞状上皮与柱状上皮交界处于 3、6、9、12 点钟处做 4 块活检。

（二）为提高准确率可用下列方法选择活检部位：

1. 碘试验法：用复方碘液（碘 2g，碘化钾 4g，加水到 100ml）涂宫颈，正常鳞状上皮染棕色；病变区缺乏糖原，故不着色，可在不着色区取标本。

2. 荧光定点检查法：黄色部位为病变区。

（三）钳取活组织的深度应达间质部，可提高诊断正确率。组织块不易过大，一般以0.2cm×0.3cm直径为宜。

（四）活检区如有出血，可用干棉花球压迫止血；或止血粉或明胶海棉及纱布填塞压迫8～12h取出。

（五）所取组织一般用10%福尔马林液或无水酒精固定，保持组织新鲜，立即送病理检查。

羊膜腔穿刺术

随着围产医学的发展和优生学的发展，近年来羊膜腔穿刺被广泛应用于临床。这一手术虽然是简单方便的小手术，但必须严格掌握适应证，无菌操作常规，熟练技术，否则会造成严重后果。

【适应证】

（一）产前诊断：用羊水做染色体核型分析，估计胎儿遗传性疾病的可能性。

（二）测胎儿成熟度：37周以下的高危妊娠，因病情发展需要终止妊娠者，为防止新生儿呼吸困难综合征，应先做羊水分析以了解胎儿成熟度。

（三）羊膜腔注射药物：

1. 中期妊娠引产，做羊膜腔注药。

2. 胎儿尚未成熟而须在短期内终止妊娠者，可经羊膜腔内注射皮质激素以保胎肺成熟。

3. 为排除胎儿体表畸形或消化道阻塞等，羊膜腔内注入造影剂，可以显示胎儿体表形态，并当胎儿吞造影剂后可显示胃肠道是否通畅。

（四）治疗羊水过多：羊水过多而胎儿无明显畸形时，做羊膜腔穿刺放出适量羊水，可延长妊娠期限，提高胎儿存活率。

【操作步骤】

（一）孕妇排尿后取仰卧位，略头高脚低。

（二）选定穿刺点。

1. 用超声波测定胎盘位置，进针点应避开胎盘。

2. 进针最好在下腹正中线或中线两侧2cm范围内，以防损伤宫旁血

管而引起内出血。

3、中期妊娠在子宫底下 5cm 处进针，晚期妊娠可选胎前区颈后区进针，必须小心避免刺伤胎儿。

（三）腹部皮肤消毒铺无菌巾。

（四）用 22 号腰穿针头穿刺，垂直皮肤进针，入腹壁有 2 个阻力感，第 1 个阻力消失即进入腹腔，第 2 个阻力消失即进入羊膜腔。

（五）针进入羊膜腔后可缓缓抽吸羊水，有时抽得少量羊水后又抽不出羊水，则可慢慢转动针头或轻轻按动针头或轻轻按压子宫或缓慢使孕妇侧转一下体位又可得羊水。

（六）完成抽吸羊水的需要量后，注入所需给予的药物。

（七）插入针心迅速拔出针头，以消毒纱布覆盖针眼，压迫片刻，孕妇即可返回休息。

【并发症】

极少见，但也偶有发生，重则可危及孕妇及胎儿生命。

（一）胎膜破裂是最常见的并发症，特别是顶前区穿刺，故一般不采用此部位。

（二）穿刺点出血或引起胎盘早剥而致出血、脐带血肿等。

（三）损伤胎儿，多见损伤胎儿胸背部皮肤。

（四）引起羊水栓塞，栓塞严重时可危及孕妇及胎儿生命。

（五）胎膜炎或宫内感染，一旦发生，发展迅速，病情严重，不及时处理可危及孕妇和胎儿生命。

（六）穿刺后引起宫缩，出现先兆流产或早产症状，须给予保胎治疗。

【注意事项】

（一）要注意严格消毒，手术须在无菌手术室内进行，谨防感染。

（二）穿刺前须查清胎盘位置，以防穿入胎盘，穿刺点宜在中线附近，以防损伤子宫血管引起内出血。

（三）进针不宜过深，谨防伤及胎儿。

（四）手术须有经验医生进行，尽量做到 1 次成功，避免多次穿刺。

（五）穿刺针要细，用 22 号为宜，以避免损伤。

（六）警惕可能有羊水栓塞的发生。

后穹窿穿刺术

为了解盆腔积液的性质或盆腔肿瘤等注药治疗，需要做阴道后穹窿穿刺。

【适应证】

（一）有内出血可疑者。

（二）疑有盆腔脓肿需做后穹窿切开引流时术前试探性穿刺。

（三）疑有盆腔恶性肿瘤时，抽取少量腹腔液离心沉淀物找癌细胞。

（四）某些晚期癌肿如卵巢癌不能手术切除者，可行后穹窿注射给药。

【操作方法】

（一）取膀胱截石位上半身略抬高，行妇科检查，明确盆腔情况，以助选择进针方向。

（二）常规阴道消毒，暴露宫颈，以宫颈钳夹住宫颈后唇，向外上方牵拉暴露后穹窿与宫颈交界处略向下方处进针，进针方向一般水平位略向后，刺入深度为2～3cm。

（三）进针后如未抽得所期望之液体，可边吸连慢慢退出针头，直到针头退到粘膜下仍未抽到液体时可更换方向再进针抽吸。至多反复2～3次。

（四）如抽吸到血性液，须检查是否有陈旧性血凝块，其余的注入试管内，放置6min以上不凝者，则为盆腔内有陈旧性出血。

（五）如抽吸到脓性或黄色渗出液，应做细菌培养及药物敏感试验，以助指导用药。

（六）将吸出液涂于玻片上并固定染色后做细菌病理检查或将吸出液离心沉淀物涂片做细胞病理检查。

（七）如需做药物注射，穿刺抽吸无血时可注入药物。

【注意事项】

（一）穿刺不宜太深，以防损伤盆腔器官或刺入腹膜后血管，而造成内出血而误诊。

（二）抽得血液中须辨明是否是陈旧性血液。

（三）子宫后位时，易使针头刺入子宫体，可将针头向两侧移动，再行深入穿刺。

(四)每次抽吸后均应注意是否误入直肠内,抽得黄色液体时应注意是否为肠内容物。

胎儿电子监护仪

胎儿电子监护仪具有连续监测瞬时胎心率和宫缩压力的性能,所提供的胎心率－产力图型能提示两者间的动态变化的各种信息,借以判断胎儿宫内健康状况和子宫－胎盘的贮备功能。目前有胎心音监护仪、胎心电监护仪和超声多普勒监护仪,后者应用最广泛。这3种监护仪均同时有宫缩监护装置。最新的监护仪附加多种装置,如自动分析仪,胎心报警、胎心描记等,或一台监护仪同时具备胎心音、胎心电和超声多普勒兼有内外监测装置。关于临床使用可参考妇产科学教课书。

第二节　妇科常见疾病

阴　道　炎

一、滴虫性阴道炎

是由于阴道毛滴虫所致。阴道毛滴虫能破坏阴道内生理的抑菌机制,更有利于滴虫的生长繁殖,月经期间,滴虫易于繁殖使本病复发,它的传染力很强,不仅能寄生于阴道,尚可侵入尿道、尿道旁腺、膀胱,甚至肾盂以及男性的包皮褶、尿道或前列腺中。

【诊断要点】

(一)外阴、阴道口瘙痒,白带增多。

(二)阴道粘膜潮红,有散在的红色斑点,白带呈灰黄色泡沫状,质稀薄量多并有臭味,继发细菌感染时呈脓性,有时有血色。

(三)尿路症状:滴虫侵入泌尿系统,尿道口及附近发生炎症,可有尿痛、尿频。

(四)白带涂片或悬滴检查可找到阴道毛滴虫。如果镜检阴性,临床症状较典型,可采用治疗性诊断。

【治疗】

(一)全身用药:灭滴灵0.2g次/d,口服7d为1疗程;或0.4g,2～3

次/d，5d 为 1 疗程，初患者单次给药 2g 效果也可。

（二）局部用药：先用 1% 乳酸、0.5% 醋酸或用 1/5 000 高锰酸钾溶液冲洗阴道后，将 0.2g 灭滴灵塞入阴道，每晚 1 次，10 次为 1 疗程。其他药物（如滴维净、卡巴砷等）也有效。

（三）顽固病例，男方同时服药。

（四）合并妊娠的治疗：在妊娠早期（20 周前），孕妇服用此药有引起胎儿畸形的可能，因此不宜服用，应以局部用药为主。

（五）随诊：第 1 疗程结束后，于下次月经干净 3d 后复查滴虫，如为阴性，再巩固 2 个疗程，连续 3 个月均未找到滴虫，方为治愈。有混合感染者，尚须选用对混合菌敏感的抗菌药物进行治疗。

【预防】

（一）加强卫生宣教，注意个人卫生。

（二）改进公共卫生设备，推广淋浴，注意公共厕所卫生，避免交叉感染。

（三）定期普查，以便早发现、早期隔离、早期治疗。

（四）阴道毛滴虫也可通过性交感染，寄生于男性泌尿道，故应与丈夫同时治疗。

（五）医疗单位应严格做好消毒隔离，杜绝交叉感染。

二、霉菌性阴道炎

主要由白色念珠菌感染所引起。当阴道中糖原增多、酸度增加时，念珠菌将迅速繁殖引起炎症，故多见于孕期、糖尿病患者及接受大量雌激素治疗者。长期应用大量广谱抗生素使阴道内微生物间的相互抑制关系有所改变，也是诱发因素。

【诊断要点】

（一）外阴、阴道奇痒、灼痛，白带增多。

（二）阴道粘膜发红、水肿、有时可有糜烂面及表浅溃疡，阴道分泌物为白色豆渣样，并粘附于阴道壁上不易剥脱。

（三）白带悬滴法可找到霉菌菌丝或芽胞体。

（四）阴道分泌物培养有霉菌生长。

【治疗】

（一）消除诱因，治疗糖尿病，及时停用广谱抗生素、雌激素。

(二)改变阴道酸碱度,如用2%～4%碳酸氢钠液冲洗外阴及阴道。

(三)阴道局部用药:

1.制霉菌素10万～20万u,每晚塞入阴道,10d为1疗程。

2.克霉唑0.3～1.0g,每晚塞入阴道,7～10d为1疗程。

3.曲古霉素10万u,每晚塞入阴道,10d为1疗程。

4.1%龙胆紫涂阴道,每周3～4次,连用2周。

(四)全身治疗:为防止肠道念珠菌的互相感染,可口服制霉菌素50万～100万u,3次/d,7～10d为1疗程。

(五)合并妊娠的治疗:为了避免感染新生儿,仍应进行局部治疗,有时治疗须持续至妊娠8个月,以防复发。

【预防】

(一)参考滴虫性阴道炎的预防措施。

(二)念珠菌可存在于人的口腔、肠道与阴道粘膜上,应注意自身交叉感染。

(三)合理应用广谱抗生素,如有糖尿病应积极治疗。

三、老年性阴道炎

妇女绝经后卵巢功能衰退,体内雌激素水平降低,局部抵抗力降低,阴道壁萎缩,粘膜变薄,上皮细胞内糖原含量减少,致病菌易于入侵繁殖。

【诊断要点】

(一)绝经后阴道排液增多,呈黄水样,严重者可有血样脓性白带。

(二)外阴瘙痒或灼热感。

(三)妇科检查:见阴道壁粘膜菲薄,皱襞消失、充血,有小出血点,有时有表浅溃疡,以穹窿部明显。

【治疗】

(一)增加阴道抵抗力:

1.尼尔雌醇2mg,1次/d,口服。

2.乙烯雌酚0.25～0.5mg,每晚塞入阴道1次,7～10d为1疗程。

3.1%氯霉素鱼肝油涂阴道,1次/d,10d为1疗程。

4.增加阴道酸度,可用0.5%醋酸或1%乳酸冲洗阴道,1次/d,10d为1疗程。

四、阴道炎的中医及其他治疗

(一)中医治疗：

1. 滴虫性阴道炎：方药：杀滴虫方。

2. 霉菌性阴道炎：方药：止带方加苦参、蛇床子。

3. 老年性阴道炎：

(1)肝经湿热：带下量多，色黄如脓，有臭气、阴痒、心烦口苦，甚则有膀胱刺激症，苔黄腻，脉弦数。治法：清泻湿热。方药：龙胆泻肝汤加苦参、虎杖。

(2)肝肾阴虚：症同前述。伴五心烦热，头晕目眩，耳鸣腰酸，舌红、少苔，脉细数无力。治法：滋补肝肾、清热止带。方药：知柏地黄汤加芡实、莲须、金樱子、女贞子、旱莲草。

(二)针灸治疗：

1. 体针：参考宫颈炎。

2. 耳针：卵巢、内分泌、神门、肝、脾、外生殖器。

(三)单验方：

1. 鹤虱 30g，苦参、灵仙、归尾、蛇床子各 12g，狼毒 10g，薄荷 3g。水煎，先熏后洗，1 次/d，外阴溃疡者忌用。

2. 洁尔阴冲洗或坐浴。

3. 鸦胆子 20 个去皮，用水 1 杯，煎成半杯，用带线纱布棉球，浸药液塞入阴道。1 次/d，用于滴虫性阴道炎。

慢性子宫颈炎

慢性宫颈炎多于分娩、流产、手术损伤宫颈后，病原体侵入宫颈内膜而潜藏于皱襞中，因此感染不易彻底清除，往往经久不愈。

【诊断要点】

慢性宫颈炎的局部表现可有不同类型。

(一)宫颈糜烂：宫颈深部组织有炎症存在，其表面上皮剥脱，子宫颈口周围的红色区域，按性状分为：

1. 单纯型糜烂：指糜烂面仅为单层柱状上皮覆盖。

2. 颗粒型糜烂：指糜烂面凹凸不平，由腺上皮增生，并伴有间质增生者。

3. 乳头型糜烂：指腺上皮和同过度增生呈乳头状突起。按其范围大小分为3度：

Ⅰ度：糜烂面积小于宫颈总面积的1/3。

Ⅱ度：糜烂面积达宫颈总面积的1/3—2/3。

Ⅲ度：糜烂面积大于宫颈总面积的2/3以上。

（二）宫颈腺体囊肿：系指宫颈糜烂愈合过程中，新生的鳞状上皮覆盖宫颈腺管口或伸入腺管，将管口阻塞，腺体分泌物引流受阻而形成囊肿，宫颈表面可见单个或多个青白色小囊肿。

（三）宫颈息肉：由慢性炎症长期刺激，使增生的粘膜逐渐自基底部向宫颈外口突出形成息肉，宫颈表面可见单个或多个有蒂的赘生物，红色、舌状、质软而脆，多有接触性出血。

（四）宫颈肥大：由于慢性炎症的长期刺激，宫颈充血、水肿，腺体和间质增生而使宫颈不同程度肥大，表面光滑，有时可见到潴留性囊肿突出，纤维结缔组织增生，使宫颈硬度增加。

以上情况应行宫颈刮片或活组织切片检查，排除恶变，明确诊断。除以上宫颈情况外，患者自觉症状还有白带增多，有时呈脓性或带有血丝。

【治疗】

（一）一般处理：

1. 电熨或电烙：糜烂面经过电熨或电烙后，病灶凝固坏死，结痂脱落，周围鳞状上皮向内生长，可刺破宫颈腺体囊肿使液体流出。

2. 激光治疗：用激光器照射宫颈病灶，使病灶组织炭化结痂，痂脱后新的鳞状上皮长出。

3. 冷冻疗法：用冷冻机探头接触糜烂面使病变组织冷冻坏死，脱痂后鳞状上皮长出。

（二）药物治疗：

1. 腐蚀剂：用于轻度糜烂，用棉签蘸10%重酪酸钾或10%硝酸银少许涂于糜烂处，每周上药1次，2～4次为1疗程。

2. 中药：子宫颈粉，涂于糜烂处，月经后上药，每周2次，4次为1疗程。

（三）手术治疗：子宫颈锥形切除或全子宫颈切除，适用于久治不愈并有癌前病变者或生殖器有其他疾病者。

(四)中医治疗：

1. 急性宫颈炎：治法：清热解毒，利湿止带。方药：清热消炎止带方。

2. 慢性宫颈炎：治法：清热止带。方药：龙胆泻肝汤加减。

(五)针灸治疗：

1. 体针：脾虚型以气海、带脉、白环俞、足三里、三阴交为主穴，带下不断配冲门、气冲、中极，用补法加灸。湿热型以中极、带脉、下髎、阴陵泉、行间为主穴，带下严重加上髎、中髎、次髎、曲骨。

2. 耳针：子宫、卵巢、内分泌。脾虚型加脾、肾；湿热加肝、神门、三焦；肾虚加肝、肾、脾。

(六)单验方：

1. 金银花、甘草、五倍子等量，研末，喷于宫颈糜烂面上，1 次/d。

2. 紫地丁、野菊花、半枝莲、黄柏各 30g，煎汤冲洗阴道。

盆 腔 炎

盆腔炎是指女性内生殖器及其周围的结缔组织与盆腔腹膜的炎症。按其发病过程与临床表现分为急性与慢性 2 种。

一、急性盆腔炎

主要由产后或流产后，宫腔内手术操作后感染，经期不注意卫生(如使用不洁月经垫、经期性交等)，邻近器官炎症(如阑尾炎)蔓延及慢性盆腔炎急性发作引起。严重时可能发展为弥慢性腹膜炎、败血症，甚至感染性休克等造成严重的后果。

【诊断要点】

(一)病史：有流产、分娩、宫腔内手术或经期性交史。

(二)症状：高烧、寒战、下腹部疼痛、腰酸、白带增多，有时可有膀胱与直肠刺激症状。

(三)腹膜刺激症：下腹部肌紧张、压痛、反跳痛。

(四)妇科检查：阴道内有脓性分泌物，阴道出血，穹窿触痛明显，宫颈充血、有举痛，下腹部可触及包块，触痛明显，如盆腔脓肿形成后且位置较低时，后穹窿饱满并有波动感。

(五)必要时后穹窿穿刺：抽出脓液涂片检查，培养有细菌生长。

(六)血液检查：白细胞增多，中性白细胞左移，血沉加速。

(七)其他:有内生殖器炎症而并发感染性休克时,必须考虑败血症,发生感染后,如身体其他部位有多数炎症病灶或脓肿出现,应考虑脓毒血症。

【治疗】

(一)一般处理:

1. 卧床休息,取半卧位,有利于渗出液局限于盆腔。

2. 补充营养和水分,注意电解质紊乱。

3. 高热时物理降温。

4. 尽量避免不必要的阴道检查,以免感染扩散。

(二)大量抗生素控制感染:一般采用广谱抗生素,做细菌培养后,可改用敏感药物,治疗要彻底,药量要足,以免迁延为慢性,并且要注意药物的毒性反应,在症状消失后继续给药2周以巩固疗效。

(三)手术治疗:急性盆腔炎以药物治疗为主,出现下列情况时,考虑手术治疗。

1. 子宫腔积脓者,可行宫颈扩张术引流。

2. 盆腔脓肿时,可行阴道后穹窿切开引流。如病情恶化,则行剖腹探查,切除感染器官,以及行腹腔清除引流。

二、慢性盆腔炎

由于急性盆腔炎未曾彻底治愈或者体质差,病情迁延所致。亦可无明显急性盆腔炎病史,病情较顽固,易于在机体抵抗力下降时,急性发作。

【诊断要点】

(一)有下腹部坠胀,疼痛及腰骶部酸痛,常在劳累后、性交后及月经前后加重。月经量增多或经期延长。

(二)有不孕病史。

(三)病程长者常伴有精神不振、周身不适、失眠等精神衰弱症状。

(四)妇科检查:子宫常呈后位,活动受限制,子宫一侧或两侧呈片状增厚,压痛。输卵管可呈条索状或呈包块型,活动受限,并有轻压痛。两侧触及腊肠型输卵管积水或壁薄的输卵管卵巢囊肿,严重者可呈冰冻骨盆。

【治疗】

(一)一般处理:增强体质,加强营养,注意休息,提高机体抗病能力。

(二)物理疗法：可促进局部血液循环，改善组织营养，加速新陈代谢以利炎症吸收消退。常用有短波、超短波、激光、离子透入法等。炒盐局部热敷也有效。

(三)手术治疗：炎症肿块久治不愈而且反复者；盆腔肿块不能排除卵巢肿瘤时；月经过多治疗无效而年逾40岁者，可考虑单侧附件切除或全子宫及附件切除术。

三、盆腔炎的中医及其他治疗

(一)中医治疗：

1. 急性盆腔炎：治法：清热解毒，活血化瘀。方药：高热期用银翘红酱解毒汤加石膏、知母、黄连；高热渐退后可用棱莪消积汤加瓜蒌仁、虎杖、川楝子、枳实。

2. 慢性盆腔炎：

(1)气滞血瘀：少腹两侧刺痛，拒按，腹胀便秘，腰骶酸痛，带多黄或白，月经不调，婚后不孕，舌暗、有瘀点，脉细弦。治法：活血化瘀，理气止痛。方药：少腹逐瘀汤。

(2)湿热瘀结：低热起伏，带黄臭，舌红、苔黄腻，脉弦数。治法：清利湿热，活血化瘀。方药：银甲丸。

(3)寒湿凝滞：遇热痛减，带白如涕，舌胖、苔薄白，脉沉迟。治法：温经化湿，理气活血。方药：甘姜苓术汤加桂枝、桃仁、薏苡仁、灵脂、蒲黄、香附、台乌药。

(二)针灸治疗：

1. 体针：急性取中极、气海、维胞、三阴交；慢性取关元、归来、中极、肾俞、八髎。

2. 耳针：子宫、卵巢、内分泌、肾上腺、肾、脾、神门。

3. 穴位注射：急性取中极、归来、关元、肾俞。用胎盘组织液，每穴注入0.5ml，或用1%普鲁卡因每穴注入3～5ml，隔日1次。慢性取八髎穴，每次选1～2穴，用复方丹参注射液。

(三)埋线：用"00"号羊肠线植入中极穴，每10～15d 1次。

功能失调性子宫出血

由于神经内分泌系统功能障碍，发生异常子宫出血，称为功能性子宫

出血(功血),功血多见于更年期,约占50%,育龄期和青春期各占30%和20%。青春期出血以中枢神经成熟缺陷为主,育龄期功血大多属有排卵型,可能是因促黄体生成素分泌相对不足或持久分泌而引起黄体发育不全或萎缩不全。更年期功血主要是卵巢功能衰竭所致。

【诊断要点】

(一)无排卵型功血:

1. 多发生于青春期或更年期,有月经失调的各种不同表现。

2. 一般子宫正常大小,质偏软,两侧附件无异常。

3. 月经前宫颈粘液结晶检查,仍为羊齿植物叶状结晶。

4. 阴道粘膜脱落上皮细胞反映雌激素作用。

5. 基础体温呈单相型。

6. 经前血、尿雌二醇检查值偏高(相当于卵泡期水平)。

7. 子宫内膜组织学检查呈现正常的增生期形态或不同程度的增生过长,但无分泌期变化。

(二)黄体不健型功血:

1. 月经周期短,不孕或早孕时流产。

2. 基础体温呈双相型,但排卵后基础体温上升缓慢,幅度偏低,维持9~10d即下降。

3. 阴道脱落细胞检查,缺少典型的细胞堆皱现象。

4. 子宫内膜病理检查显示分泌反应不均。

(三)黄体萎缩不全:

1. 多发生于生育年龄妇女,月经间隔时间正常,经期时间延长流血量大。

2. 基础体温双相,但下降缓慢。

3. 于月经的第5~6d刮宫,子宫内膜仍可见到分泌反应的组织。

【治疗】

(一)无排卵型功血:青春期患者应以止血和调整周期为主,促使卵巢功能恢复和排卵,更年期妇女止血后以调整周期、减少经血量为原则,不必多考虑恢复卵巢功能。

1. 止血:对大量出血患者,要求在6h内明显见效,24~48h内止血。先予全面诊断刮宫,止血迅速又有助于明确诊断。可用雌激素、孕激素、

雄激素、三合激素、复方黄体酮及其他止血药。

2. 控制周期：使用性激素控制流血量及形成周期是治疗的一项过渡措施，一般常用2～3周期，常用的控制周期的方法有：雌、孕激素序贯法，雌、孕激素并用法，孕、雄激素合并法及三合激素治疗法。

3. 促进排卵：用于青春期和生育期的患者，可采用小剂量雌激素周期方法；或用绒毛膜促性腺激素或用较高的促排卵作用的氯蔻酚胺。

4. 手术治疗：对年长的久治不愈的功血可行子宫切除术。

（二）有排卵型功血：

1. 排卵型月经过多：一般具有雌激素偏高的现象，可用睾丸素对抗雌激素及常用的各种止血剂对症治疗。

2. 黄体功能不全：给予孕激素替代治疗，或用绒毛膜促性腺激素有刺激及维持黄体功能的作用。

3. 子宫内膜脱落不全可用孕激素以调节丘脑下部、垂体、卵巢轴的反馈功能，使黄体及时萎缩，也可用绒毛膜促性腺激素，有促进黄体功能的作用；或用雌激素序贯疗法。

4. 排卵期出血：可补充小量雌激素。

（三）功能性子宫出血的中医治疗及其他治疗：

1. 中医治疗：

1）阴伤虚火：症同前述。治法：滋阴清火。方药：知柏地黄汤加女贞子、旱莲草、白芍、地锦草。

2）阳虚不固：症同前述。少腹冷痛，便溏尿清，舌淡苔白，脉沉细弱。治法：温补脾肾，固冲摄血。方药：右归饮加减。

3）气滞血瘀：症同前述。血块色紫，块排出后腹痛减，舌有瘀斑、苔薄，脉弦涩。治法：理气活血止血。方药：逐瘀止血汤加减。

4）肝郁气滞：症同前述。伴精神抑郁，两乳作胀，苔薄黄，脉弦。治法：疏肝理气，清热止血。方药：丹栀逍遥散加减。

2. 针灸治疗：

1）体针：实证取气海、三阴交、隐白。血热加血海、水泉；气郁加支沟、太冲；血瘀加气冲、冲门、地机。虚证取关元、肾俞、三阴交、隐白、交信。阳虚加命门、复溜；阴虚加然谷、阴谷。

2）灸法：取阴交、关元、脾俞、肝俞、三阴交、隐白、大敦。艾炷灸。

3)拔罐：用走罐法在脊椎两侧拔罐10次。

4)耳针：取子宫、皮质下、内分泌、卵巢、脾、肝、膈。

5)刺血：用三棱针在三阴交、太冲穴处点刺出血。适用于实证。

6)穴位注射：取关元、中极、血海、三阴交。用5%当归注射液或维生素B_{12}注射液，每穴注入0.5ml，1次/d。

7)挑治：在腰骶椎处找褐色小丘疹，用三棱针挑破(长0.2～0.3cm，深0.1～0.15cm)。挑后消毒敷盖。施术以月经来潮第2d为最好。每月1次，连挑3次。

(三)推拿疗法：

1.患者侧卧，点按脾俞、肾俞；嘱仰卧，提拿足三阴经，点按足三里、关元。适用于气虚证。

2.患者侧卧，点按肝俞、三焦俞；嘱仰卧，点按五枢、维道、曲骨、膻中，提拿足三阴经，点按血海、行间、三阴交。适用于血瘀证。

3.患者侧卧，点按肾俞、腰阳关；嘱仰卧，推运腹部，点按关元、水分，提拿足三阴经，点按阳陵泉、三阴交、太溪。适用于肝肾阴虚证。

(四)单验方：

1.地榆75g，醋、水各半，煎服，1剂/d。

2.冬季葵花秆根烧炭存性研末，用白酒或黄酒兑服，3次/d。

(五)饮食疗法：

1.热豆浆1碗、韭菜250g，将韭菜洗净，捣烂取汁，兑入豆浆，空腹1次饮。

2.小麦150g、鲜鸡血1碗、米酒100ml，将小麦煮成粥，鸡血用酒搅匀，加入麦粥中煮熟，每日分2次服食。

(六)气功疗法：参见肺结核。

闭　经

温带地区，年过18岁未行经者，称原发性闭经；而在初潮后的任何时期，月经停止超过6个周期者，称为继发性闭经。青春期前、妊娠期、哺乳期以及绝经后月经不来潮均属生理现象。

【诊断要点】

(一)寻找病因：

1．子宫性闭经：

(1)先天性无子宫、子宫发育不良、子宫内膜缺如。

(2)子宫切除或子宫内膜损坏，如内膜结核、接受过放射治疗或刮宫过深等。

2．卵巢性闭经：

(1)先天性无卵巢或卵巢发育不良，如脱纳(Turner)综合征与真生卵巢发育不全等。

(2)卵巢损坏或早衰，如卵巢切除或炎症、肿瘤、放射性治疗等。

3．垂体性闭经：

(1)垂体先天性发育不全，如垂体性侏儒等。

(2)垂体损伤，如垂体缺血性坏死(产后大出血)、肿瘤、感染、放射线照射、手术损伤等。

4．丘脑下部性闭经：为丘脑下部促卵泡激素及促黄体激素释放激素分泌异常所致。

(1)外界刺激，如精神因素、环境改变。

(2)药物，如长期使用避孕药、利血平、眠尔通、氯丙嗪等药物。

(3)长期哺乳发生持久性的泌乳性闭经，伴有子宫萎缩。

(4)丘脑下部器质性病变，如颅咽管肿瘤、感染、结核、外伤等。

(5)多囊卵巢综合征：其特点为闭经、不孕、多毛、肥胖、双侧卵巢呈多囊性变化，基础体温为无排卵型。

(6)其他内分泌腺病变，如肾上腺皮质增生或肿瘤，甲状腺功能亢进以及全身消耗性疾病等也可导致闭经。

(二)辅助检查：

1．基础体温测定：如有排卵者，为双相体温，闭经属于子宫型；无周期性排卵者，为单相体温，闭经属于非子宫型，病变在卵巢以上。

2．阴道涂片及子宫颈粘液结晶检查连续观察，以了解卵巢激素的变化。

3．诊断性刮宫：了解子宫内膜有否病变及卵巢功能。

4．卵巢功能试验：

(1)黄体酮试验：每日肌注黄体酮 10～20mg，连续 3～5d。停药后 1 周内有子宫出血者，系卵巢尚有一定的雌激素水平；无出血者，可能无子

宫内膜而卵巢功能正常或有子宫内膜，而卵巢功能低落(应先排除妊娠)。

(2)雌激素试验：每日服乙烯雌酚 1mg，连服 20d。停药 1 周内来月经者，表示子宫内膜正常；连续试验 3 个月无反应，表示子宫型闭经。

5. 垂体功能试验：24 小时尿液促性腺素测定，连续 2～3 次均大于 52.8 小白鼠子宫单位，说明垂体功能亢进，闭经原因在卵巢；若小于 6.6 小白鼠子宫单位，说明垂体功能减退，闭经原因在垂体以上部位。

【治疗】

(一)一般治疗：注意饮食，适当休息，生活要规律，解除顾虑，增强体质。

(二)病因治疗：如诊断为结核病应给予抗痨治疗。诊断为垂体或卵巢肿瘤者，应根据肿瘤的部位、大小、性质，选择手术、放疗、化疗及其他综合措施。

(三)内分泌治疗：

1. 乙烯雌酚 1mg，每晚 1 次，共 20d，3 个月为 1 疗程，可观察子宫发育情况。

2. 黄体酮 10～20mg，每日肌注 1 次，共 5d，若体内具有一定水平的雌激素，可单用孕激素治疗。

3. 人工周期：多用于子宫发育不良或卵巢功能低下者。乙烯雌酚 0.5～1mg，1 次/d，连服 20d。服药第 16d 起每日给安宫黄体酮 10mg，共 5d；或肌注黄体酮 10～20mg，3～5d。

4. 氯蔻酚胺 50mg，月经第 5d 开始服，1 次/d，共 5d。可促使排卵。

5. 绒毛膜促性腺激素 500～1 000u，于月经第 5d 开始，1 次/d，共 5d。适用于丘脑下部性闭经。

6. 肾上腺皮质激素：适用于肾上腺皮质功能低下者。有时用于多囊卵巢综合征，如醋酸可的松 25mg 或强的松 5mg，1 次/d，连服 20d。

7. 甲状腺素 40mg，1 次/d，连服 1～2 月。

8. 丘脑下部功能不足，以致黄体生成素释放激素分泌不足，可采用脉冲或微量黄体生成素释放激素注射法诱发排卵。

(四)中医治疗：

1. 肝肾不足：年过 18 岁尚未行经；或月经量少，渐至经闭，形瘦，舌淡红、苔少，脉沉弱。治法：补养肝肾、养血调经。方药：一贯煎合补益地

黄丸。

2. 气血虚弱：月经渐迟量少，色淡质薄，继而停闭，心悸气短，头昏眼花，食欲不振，舌胖、苔薄白，脉沉缓。治法：补气养血，和营调经。方药：八珍汤加味。

3. 阴虚血燥：症同前述。伴五心烦热，骨蒸潮热，舌红、苔少，脉细数。治法：养阴清热，润燥调经。方药：一阴煎加味（生熟地、白芍、知母、麦冬、地骨皮、黄精、丹参、青蒿、鳖甲、生山楂、甘草）。

4. 痰湿阻滞：症同前述。伴体胖胸闷，呕恶痰多，带下量多，舌胖、苔白腻，脉滑。治法：豁痰燥湿、活血通络。方药：苍附导痰汤加当归、川芎、生山楂、鸡内金。

5. 气滞血瘀：症同前述。伴精神抑郁，少腹胀痛下坠拒按、乳房胀痛，舌紫，脉弦涩。治法：理气活血，祛瘀通经。方药：血府逐瘀汤。

（五）针灸治疗：

1. 体针：取膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、关元、三阴交、足三里、血海，补法并灸，适用于血枯型；取中极、地机、合谷、血海、三阴交、太冲、丰隆，适用于血滞型。

2. 灸法：取肝俞、次髎、肾俞、归来、关元、三阴交、太冲。艾条温和灸。

3. 拔罐：天枢、肾俞。

4. 耳针：子宫、内分泌、皮质下、卵巢、肝、肾、脾。

5. 刺血：用三棱针在三阴交，太冲穴处点刺出血；或用梅花针弹刺脊柱两侧微出血。

6. 穴位注射：取次髎（双），用5%当归注射液，每穴注入药液1ml，隔日1次。

（六）气功疗法：参见肺结核。

（七）饮食疗法：

1. 鲜姜黄30g、黄酒50ml、鸡蛋2枚，先将鸡蛋煮熟去壳，再加入姜黄共同煮20min即成。弃汤，用黄酒送服鸡蛋，1次/d，服4～5d。适用于寒凝气滞血瘀型。

2. 黑豆100g、苏木50g、红糖适量，先把黑豆、苏木同煮至黑豆熟烂、去苏木，加红糖，每日服食2次。

痛　经

痛经指月经期间或其前后发生的腹痛而言。凡月经初潮即发生痛经，生殖器官无明显病变者，称原发性痛经；如月经初潮时并无痛经，以后因生殖器官器质性病变导致痛经者，称为继发性痛经。

【诊断要点】

（一）行经前，行经时由于腹痛、下坠，腹泻影响工作或日常生活者。

（二）经妇科检查生殖器官无器质性病变者称原发性或功能性痛经。

（三）经妇科检查有生殖器官器质性病变者，所引起的痛经叫继发性痛经。

【治疗】

治疗原则是对症治疗，消除月经期焦虑、恐惧等精神负担，注意营养及经期卫生，加强体育锻炼，多数可使疼痛缓解。常用的方法如下：

（一）局部热敷和温水淋浴，可以使疼痛减轻。

（二）急诊治疗：痛经发作时，可用阿托品、山莨菪碱等解痉剂肌注，亦可用抗前列腺素药（如阿斯匹林、消炎痛等），严重者可给可待因。

（三）中药：可用通瘀煎、温经汤、八珍汤等。

（四）手术治疗：对宫颈管狭窄者，可采用宫颈扩张术，扩张到8号，可加速经血排出，减少前列腺素的吸收，子宫骶骨韧带切除术，以阻断其神经传导。

子宫内膜异位症

子宫内膜异位症是指子宫内膜生长在子宫内膜以外的组织，在功能上随着卵巢激素的周期性变化而发生增殖，分泌与出血等症状。分外在型与内在型2大型：前者指子宫内膜异位在子宫以外的组织内；后者指内膜异位于子宫肌层中，也称子宫肌腺病。

【诊断要点】

（一）年轻妇女有继发性进行性痛经及不孕史或有月经紊乱。表现为月经过多或经期延长。

（二）妇科检查：病变位于子宫直肠陷窝者，可触及大小不等的不规则的结节状突起，触痛明显，子宫骶骨韧带增厚压痛。异位卵巢时常可触及

一侧或两侧盆腔内有固定的囊性肿块，伴或不伴压痛。阴道或宫颈有病灶时，在其粘膜下可看到紫褐色斑或结节或小片出血。子宫多固定于后位。

（二）腹腔镜检见卵巢表现、输卵管周围、宫骶韧带、乙状结肠、盆腔腹膜表面、子宫直肠陷凹处可见有紫褐斑点或小泡，或有紫蓝色实质结节或包块，经活检为子宫内膜异位症者。

（四）性激素诊断性治疗有效。

（五）手术切除标本经病理证实。

【治疗】

根据年龄、症状轻重、病变程度和对生育的要求选择治疗方案。

（一）非手术疗法：

1．高效孕激素周期疗效：用于痛经较明显，而病变轻微的无生育要求或未婚妇女，给炔诺酮、甲地孕酮、安宫黄体酮等。自月经周期第6～25d服药，4～8mg/d以抑制排卵，可连续服用3～6个周期。

2．假孕疗法：月经第6d开始服甲地孕酮（或炔诺酮），第1周每次4mg，2次/d；第2周每次4mg，3次/d；第3周每次8mg，2次/d；第4周每次10mg，2次/d；持续3～10个月，造成假孕状态，可出现类早孕反应。如发生突破性出血，可加服炔雌醇0.005～0.01mg或乙烯雌酚0.5mg，1次/d。

3．睾丸素：甲基睾丸素5mg，2次/d，含化，月经第5～14d服，共10d；或丙酸睾丸酮25mg，每周2次，每月总量不超过300mg，可缓解症状。目前也主张采用小剂量甲基睾丸素5mg/d，舌下含服，连续3～6个月，可以缓解痛经。

4．假绝经疗法：口服丹那唑，使子宫内膜萎缩，400～800mg/d。如果400mg/d不能使症状迅速缓解、月经停止和体征改善时，可逐渐加大至600mg/d以至800mg/d。一般在月经第1d开始，持续6个月。

5．其他试用的新药物，如LHRH类似物，由于其与GN－RH受体有高度亲和力，作用甚强，故可导致对垂体的降调作用而显著地降低FSH、LH和雌激素的分泌，从而达到治疗效果。

（二）手术治疗：

1．根治性手术：子宫及双侧附件切除。

2. 保守性手术：年轻有生育要求者，尽量切除病灶，保留子宫及一侧卵巢，无生育要求者，可切除子宫及一侧附件。盆腔内局部病灶电灼、CO_2 激光气化等。

不 孕 症

凡夫妇同居2年以上而未受孕者称为原发性不孕症；若曾有过生育或流产者，但又连续2年未孕者为继发不孕症。

【诊断要点】

(一)女方不孕：

1. 排卵障碍：经检查因中枢－垂体－性腺轴功能紊乱；全身营养障碍(过度肥胖或营养不良所致)内分泌功能紊乱；或因卵巢局部的因素而引起的。

2. 输卵管因素：经通液、子宫输卵管造影、腹腔镜、后穹窿镜检查证实者。

3. 子宫因素：慢性子宫颈炎或雌激素水平低落者，使子宫颈粘液变稠或含有大量白细胞，不利于精子通过。另外子宫颈息肉、肌瘤以及子宫颈狭窄等，均会阻碍精子通过。

4. 先天畸形：经妇科检查或子宫造影、B超检查发现有内生殖器异常或畸形者。

(二)男方不孕(参考泌尿外科)：

1. 经精液检查，精液量不少于2ml，每毫升精子不少于6 000万，精子活动率在70%以上，活动度在Ⅲ°以上，畸形数小于15%，精液在30min内液化者。

2. 无隐睾、精索静脉曲张。

3. 附睾和输精管无结节。

4. 自体血清精子凝集试验阳性者为免疫因素不孕。

(三)男女双方的免疫因素所致的不孕：

1. 经检查男、女双方由外生殖器官正常，性生活正常。

2. 性交试验精子不能穿过宫颈粘液。

3. 做ABO、RH抗体筛选试验阳性，溶血试验大于1:8者，盐水稀释试验大于1:1 240；肢体凝集试验大于1:64者，以上3项试验任何一项为

阳性者均可诊断为免疫因素性不孕。

【治疗】

针对男女双方进行治疗。

(一)宣传生殖生理卫生知识、帮助生育者掌握预测排卵期,合理安排性生活。

(二)如有器质性病变应针对病因进行治疗。处女膜肥厚或闭锁行手术切开,阴道横隔或纵隔也按情况手术切开;子宫颈口狭窄可用扩张器扩张;子宫发育不佳者,可用雌激素周期治疗。

(三)无排卵治疗:氯底酚胺 50mg,1 次/d,月经第 5d 开始服,共 5d,连用 3 个月。绒毛膜促性腺激素 1 000u,肌注,月经第 10d 开始,隔日 1 次,共 5 次。溴隐亭 25mg,3 次/d,可促垂体性不排卵恢复正常排卵。

(四)输卵管阻塞治疗:轻度粘连者,可行输卵管注药液法治疗,地塞米松 5mg 溶于生理盐水 20ml 中,再加入庆大霉素 8 万 u 及 α 糜蛋白酶,以 1ml/min 的速度缓慢注入,达到软化粘连的目的。在月经干净后 2～3d 起,每 2～3d 注射 1 次,直至排卵前。可以连续应用 2～3 个周期。

(五)男方病因治疗:

1. 男子精子异常:可试用绒毛膜促性腺激素 1 000u 肌注,每周 2 次,共 8 次。

2. 免疫性不孕的治疗:可在性交时应用避孕套,约半年后停用避孕套常可受孕。

子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖器官中最常见的良性肿瘤,主要由平滑肌细胞增生形成。多见于 35～45 岁妇女。绝经后一般肌瘤常逐渐萎缩,如绝经后增大,注意有恶变可能。病因尚不清楚,有人认为与过多的雌激素刺激有关。按肌瘤生长的部位可分为宫体肌瘤和宫颈肌瘤。根据肌瘤与宫体的关系,可分为肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤、粘膜下肌瘤。

【诊断要点】

(一)月经改变:月经量多,周期缩短,经期延长,往往造成贫血。

(二)压迫症状:子宫肌瘤增大压迫临近器官而发生尿频、排尿困难、尿潴留等,压迫直肠可致便秘、里急后重等。

(三)白带增多,粘膜下肌瘤伴感染、坏死时产生有臭味的分泌物。

(四)疼痛:一般无症状,较大肌瘤压迫盆腔血管或神经而引起疼痛,浆膜下肌瘤扭转时可引起剧烈疼痛。肌瘤红色样变时疼痛更剧烈。有时可有痛经,较常见于浆膜下肌瘤。

(五)贫血:因长期月经多或不规则阴道出血而致严重贫血。

(六)腹部肿块:部分患者就诊时主诉腹部肿块,特别在空腹或膀胱充盈时摸到高低不平的实质性肿块。

(七)妇科检查:可发现子宫增大或高低不平结节;或可触到与子宫相连的实质性肿块,质硬而无压痛。

(八)探针探测宫腔深度及位置或诊断性刮宫可帮助诊断。

【治疗】

应根据患者的年龄、症状、肌瘤、大小、数目、部位,是否要求保留生育功能来决定。

(一)随访观察:肌瘤小于妊娠2.5月,又无临床症状,亦无肌瘤变性或接近绝经期者,应定期检查,一般间隔3~6个月。如肌瘤增长迅速或变性时,则进一步处理。

(二)药物治疗:年轻或绝经期妇女,症状轻或肌瘤小;或虽有手术指征,因其他疾病禁忌手术以及全身情况不以允许手术者,用药物治疗方法如下:

1. 丙酸睾丸素25mg,肌注,1次/d,共3d,以后每周2次,共7次,一般每月总量不超过300mg;亦可用甲基睾丸素5~10mg,2次/d,舌下含化,共15~20d。

2. 子宫收缩剂:月经多时可用麦角新碱0.2mg,2次/d,肌注。

3. 孕激素:可以对抗雌激素,如果伴有子宫内膜增生过长者,可用炔诺酮、醋酸甲孕酮、安宫黄体酮等减少月经量。

4. 贫血:应同时纠正贫血。

(三)手术治疗:为治疗子宫肌瘤的主要方法。

1. 肌瘤摘除术:年轻患者需要保留生育功能者,可考虑经腹摘除肌瘤,即剥出肌瘤的手术。粘膜下肌瘤突出在宫颈口者,可经阴道摘除之。

2. 全子宫切除术:凡肌瘤较大症状明显、药物治疗无效、年龄已大不需要保留生育功能或可疑有恶变者,可行全子宫切除术。

侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌

葡萄胎组织侵入子宫肌层或转移至子宫以外，即为侵蚀性葡萄胎，常发生在葡萄胎排出后，也有在无排出前即恶变者。侵蚀部位可见完整之绒毛结构，有时肉眼能见到水泡。绒癌是一种高度恶性肿瘤，常发生在葡萄胎后，也可继发于流产、足月产等其他妊娠之后，这2种疾病转移以血行为主，其特点是发病生长快，转移早而广泛，并发症多，死亡率高，病理检查前者可见绒毛，后者无绒毛结构。

【诊断要点】

（一）病因：葡萄胎完整排除后1年内发生恶变者以侵蚀性葡萄胎多见，超过1年以上者以绒癌为多见。继发于流产、足月产或其他妊娠之后者均为绒癌。

（二）临床表现：侵蚀性葡萄胎与绒癌临床表现基本相同。

1. 主要症状和体征：不规则阴道出血或淋漓不净。妇检子宫体增大不规则，质软，卵巢黄素囊肿不消退，为恶变可疑。

2. 转移病灶之症状和体征：以肺转移为多见，其次是子宫旁组织及阴道转移，再次为脑转移。

（1）病灶穿破子宫壁时，可引起腹痛和腹腔内出血。

（2）盆腔局部转移时，可触及癌块。

（3）阴道转移时，可见紫蓝色结节，穿破粘膜时可引起大出血。

（4）膀胱转移时，有血尿、膀胱刺激症状、排尿困难。

（5）肺转移出现早，可根据肺部症状，如咳嗽、咯血等而发现癌变。

（6）胃肠道转移时，有呕血、便血等。

（7）肝转移时，有黄疸、腹水等。

（8）肾转移时，有血尿等。

（9）脑转移时，有剧烈头痛、喷射性呕吐、失语、偏瘫、视力障碍、抽搐、昏迷等。

（三）特殊检查：

1. 组织学检查：若诊断性刮宫有组织学检查，以组织学诊断为准，绒癌在组织学检查时仅见大量滋养细胞及出血坏死，若见到绒毛，则可排除绒癌的诊断，可考虑为侵蚀性葡萄胎。

2. HCG 测定：葡萄胎排除 8 周以后 HCG 持续在正常水平以上；或定性试验阴性又转阳；或 HCG 降至正常水平一段时间又出现升高，结合临床表现，如出现在清宫后时间在 1 年以内，诊断为侵蚀性葡萄胎；超过 1 年诊断为绒癌。

3. 胸部拍片：病变可呈棉花团样或粟粒状阴影，早期表现为肺纹理增重增粗。

4. 脑转移时，可行 CT、B 超、同位素、脑血管造影等检查。

【治疗】

两者治疗基本相同。近年来以化疗为主，手术为辅，年轻未生育者尽可能不切除子宫，以保留生育功能。若切除子宫，卵巢仍可保留。

(一)化疗：恶性葡萄胎以化疗为主，一般都能治愈。绒毛膜癌多采用联合化疗。

(二)手术：病灶在子宫，化疗无效者可切除子宫，年轻患者保留正常卵巢。

(三)转移灶的处理：

1. 阴道转移灶：氟尿嘧啶 250mg，转移灶内注射，隔 1～2d 注射 1 次，也可手术切除局部病灶。

2. 肺转移灶：主要用全身治疗。如局部病灶较大不易消散者，可考虑部分肺叶切除。

3. 脑转移灶：鞘内给药氨甲喋呤(MTX)10～15mg，用双蒸馏水 4～6ml 稀释，隔 2～4d 注射 1 次，4～5 次为 1 疗程，总量 50mg。

(四)近期治愈标准：

1. 临床症状消失。

2. 病灶完全消失。

3. 浓缩 HCG 或放免测定连续 3 个月为阴性。

(五)巩固治疗：在近期治疗后，应继续巩固治疗 2 个疗程，然后停药密切观察随访。

(六)随访：初半年内每月随访 1 次，以后每 3～6 个月随访 1 次，如发现血 HCG＞2 000u/l 时，立即进行化疗，至少随访 2 年以上，同时应避孕。

第三节　产科及其疾病

早期妊娠的诊断

妊娠12周末以前称为早期妊娠。

(一)症状：

1. 月经停止：凡一贯月经规则的育龄妇女，一旦停经，应考虑妊娠可能。

2. 早孕反应：停经6周左右，常有恶心、呕吐、乏力、纳差、偏食、嗜睡等现象，为早孕反应。多发生于清晨空腹，一般于妊娠12周左右自行消失。

3. 尿频：妊娠早期子宫逐渐增大，前位子宫常常压迫膀胱引起尿频。

4. 乳房胀痛：是由于妊娠后雌激素刺激乳腺管、孕激素刺激乳腺腺泡增生的结果。

(二)体征：

1. 阴道：由于局部静脉瘀血，阴道壁变得柔软并呈紫蓝色。

2. 宫颈峡部：由于充血、肥大，比宫颈及子宫体部更为柔软，双合诊时可感到宫体与宫颈之间似不相连，此体征是妊娠子宫的典型体征，称为Hagar征。在妊娠6～10周最明显。

3. 子宫体：从妊娠5～6周起宫体开始增大，子宫由扁梨形变为球形，至妊娠8周以后整个子宫体增大、变软，12周时宫体如手拳大小，可于耻骨联合上方触到。

4. 宫颈：柔软，呈紫蓝色，宫口常有粘液栓堵塞。

5. 乳房：于妊娠8周以后乳房增大，乳头乳晕呈深棕色，乳晕处皮脂腺开口隆起形成小结节。

(三)辅助诊断：

1. 妊娠实验：详见妇产科常用检查节

2. 超声检查：B型断层显像法，可见到妊娠环、羊水。最早在5周时，妊娠环中见到有节律的胎心搏动和胎动，可以诊断为早期妊娠。超声多

普勒仪在增大子宫区内能听到胎心音。

3．黄体酮试验：对以往月经周期正常，此次月经过期疑为早孕者，每日肌注黄体酮20mg，连用3～5d，若停药后超过7d仍未出现阴道出血，则早期妊娠的可能性很大。

中、晚期妊娠的诊断

妊娠第13～27周末称中期妊娠，第28周及其以后称晚期妊娠。

（一）症状：

1．月经停止及早孕反应史。

2．自觉腹部逐渐增大或感到胎动。

（二）体征：

1．子宫增大：子宫随妊娠月份逐渐增大，因此可根据宫底高度判断妊娠期限（见表5－3－1）。

表5－3－1　妊娠各期子宫底高度

妊娠周数	子宫底高度
12周末	耻骨联合上2～3横指
16周末	脐耻之间
20周末	脐下1横指
24周末	脐上1横指
28周末	脐上2横指
32周末	脐与剑突之间
36周末	剑下2横指
40周末	脐与剑突之间或略高

2．胎动：自妊娠16～18周开始，孕妇可感觉胎动，腹部可触到胎动，亦可用听诊器听到胎动。

3．胎心音：妊娠18～24周，用一般听筒经孕妇腹壁可听到胎心音。孕24周前，胎心音多在脐下正中或稍偏左、右听到；于孕24周以后，胎心音多在胎背所在侧听得最清楚。听到胎心音即可诊断妊娠且为活胎。正常胎心音为120～160次/min。

4. 胎体：妊娠 22 周后，可经腹部扪及到胎体的轮廓，妊娠 24 周左右可区分头与臀。胎头圆而硬，有浮球感；胎臀软而宽。

（二）辅助检查：

1. 超声检查：各种超声检查均可探测胎动和胎心反射以确诊妊娠。

2. X 线诊断法：孕 16 周以后腹部 X 线摄片可显示胎儿骨骼阴影，对诊断胎儿数、胎位、鉴别畸形、死胎有一定帮助，但因 X 线对胎儿有一定影响，使用时应严格掌握指征。

3. 胎儿心电图：妊娠 24 周以后应用胎儿心电图仪，在孕妇腹壁上探测胎儿心电活动波形可以确诊妊娠。

产前检查

通过全身体检及阴道检查，发现不宜妊娠者应及时行人工流产；适宜妊娠者预定检查时间，应于妊娠 20、24、28、32、36、37、38、39、40 周共做产前检查 9 次。凡属高危孕妇，应酌情增加复查次数。

（一）病史：

1. 一般病史询问。

2. 婚姻史及月经史。

3. 推算预产期：按末次月经第 1d 计算，月份加 9 或减 3，日期加 7（农历加 15）即为预产期。若记不清末次月经，可根据早孕反应或胎动出现时间、子宫底高度，胎儿双顶径值来估计预产期。

4. 本次妊娠经过：早孕反应情况，有无阴道出血、腹痛、头晕、浮肿、心悸、气短等。

5. 既往孕产史：胎次、产次，有否难产，有无并发症，新生儿情况。

6. 既往病史：特别是心血管疾病、高血压、肾脏病等。

7. 家族史：特别是高血压、糖尿病及其他遗传性疾病。

（二）全身检查：孕期检查应特别注意发育及营养状况，身高，体态，脊柱及四肢有无畸形，测量体重及血压。

（三）产科检查：包括腹部检查、骨盆测量、阴道检查。

1. 腹部检查：

（1）视诊：注意腹部形态、大小，有无妊娠纹、手术瘢痕或水肿。

（2）触诊：做产科四步触诊，以判断胎先露及胎方位，测量子宫高度，

判断子宫大小是否与孕周符合。

(3)听诊:妊娠18～20周可于下腹中部听到胎心音。妊娠晚期则根据不同胎位,听取胎心音的位置也各异。枕先露胎心音在脐下近中线两侧最清楚,臀先露时则在脐上两侧可听到。正常胎心率为140次/min左右。若超过160次/min、少于120次/min或不规则都表示有胎儿窘迫,应及时处理。

2. 骨盆测量:初产妇及有难产史或胎儿过大的经产妇,必须行骨盆内、外测量,了解骨盆情况,估计足月胎儿能否顺利通过产道。

3. 阴道检查:孕妇初诊应做阴道检查,了解产道、子宫、附件有否异常情况。孕24～36周间经阴道检查,了解骨盆情况,36周以后不宜行阴道检查。必要时应严密消毒后进行。

4. 肛查:可了解胎先露部、骶骨前面弯曲度、坐骨棘、坐骨切迹宽度以及骶尾关节活动度,还可以结合肛诊测得出口后矢状径。

(四)辅助检查:除应常规检查血常规、血型及尿常规外,还应根据具体情况选用下列检查:

1. 对胎位不清、胎心音未听清者,可行B型超声检查。

2. 于妊娠期出现并发症,按需要查肝功能、血液化学、电解质测定,以及做胸透、心电图等项检查。

3. 对有死胎、死产、胎儿畸形、遗传性疾病病例,应查血甲胎蛋白值、羊水细胞培养行染色体核型分析等。

正常分娩处理

妊娠28～40周之间,胎儿及其附属物自宫腔排出者称分娩。28～36周分娩者称早产;37～40周娩出称足月分娩;超过42周称过期产。胎儿自然分娩者称为顺产。需手术助产者称为难产。

一、分娩先兆和临产

妊娠末期有不规则宫缩,有时伴轻度腹痛、腰酸,但无任何进展或其他症状,称假临产。若出现阴道少量血性粘液则为分娩先兆。如有较多水样分泌物,则为胎膜早破,一般24h内临产,故为临产征象。若出现有规则宫缩并逐渐加强伴有宫颈扩张时诊断为临产。

二、3个产程的处理

自临产开始至分娩结束的过程称产程，分3个阶段。第1产程(开口期)从临产开始至宫口开全，一般初产妇需8～12h，经产妇需6～10h。第2产程从宫口开全至胎儿娩出，一般不超过2h。第3产程自胎儿娩出后至胎盘娩出，一般为5～15min，不超过30min。

(一)第1产程处理：重点观察宫缩强度、宫口开张情况、胎儿情况，做好详细记录，同时关心产妇的精神情绪、饮食和休息。

1．病史：询问本次妊娠情况，并了解有否妊娠合并症，以便在产程中做出相应的处理。

2．了解产妇的现在情况：

(1)一般情况：体温、脉搏、血压、浮肿以及其他情况。

(2)产科情况：胎位，胎先露。有否入盆，宫底高度，宫缩时间、强度、持续时间、间隔时间，胎心音是否正常，是否破膜，宫颈管是否消失，宫口开张大小，宫颈位置，是否水肿宫颈软硬度。先露高低，通常以颅骨最低点与坐骨棘的关系作为指标并做好记录，如先露在坐骨棘下2cm，则记录为"+2"，在其上者记录为"-2"(图5-3-1)。

当肛查不满意时，可做阴道检查，以明确诊断，并估计胎儿能否经阴道娩出。

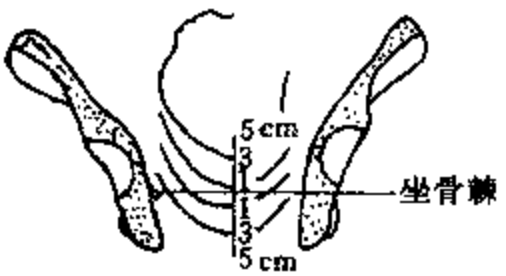


图5-3-1 先露高低(示意)

(3)阴道检查：

1)阴道检查的适应证：一般不做阴道检查，以防感染，有下列情况者应做阴道检查：①肛查后胎先露或宫口开张情况不明者；②需做骨盆内测量者；③产程进展缓慢或胎心音有变化者；④不明原因之阴道出血；⑤人工破膜或手术助产前均应先做阴道检查。

2)阴道检查的步骤：①外阴消毒、铺消毒巾、导尿；②检查步骤：以右手食中二指检查，要查清软产道情况，包括阴道有无异常及宫颈的扩张度、软硬度及有无水肿，是否与胎头紧贴等。再查清先露高低及方位，其旁有无小肢体。

(4)骨盆内测量：

1)骨盆的前壁即耻骨联合(正常5～6cm)高度、厚度及耻骨弓的角度

(正常 80°～90°)。

2)骨盆侧壁有无内聚现象(漏斗骨盆)。

3)坐骨棘间径(9～10.5cm),应检查坐骨棘有无突起(正常比较平坦)、坐骨切迹(棘骶韧带)的宽度(正常 2～3 横指),以估计中骨盆的大小。

4)骶耻内径(对角径):从耻骨联合下缘至骶骨岬的距离,正常为 12～12.5cm,减去 1.5～2cm 后即为入口前后径。测量方法如图 5 3-2 所示。

此径线比较重要,用以估计胎头是否能入盆。



图 5-3-2 测量对角径

5)骶凹的深度及骶尾关节的活动度。

(5)注意事项:阴道检查时必须依次进行,不遗漏检查项目,避免手指重复进出阴道增加感染机会。

3. 产妇的准备:

(1)清洁外阴:剃除阴毛及用皂水清洗。

(2)灌肠:用 2% 温皂水 500～1 000ml 灌肠。有下列情况者不宜灌肠:

1)初产妇宫口开大 5cm,经产妇宫口开大 3cm 以上而宫缩较紧者。

2)胎膜早破先露尚未入盆。

3)阴道出血有前置胎盘可疑者。

4)胎位异常。

5)严重心脏病或重度妊高征。

(3)宣教工作:使产妇对分娩有正确认识,消除顾虑。

(4)除破膜者或有高危因素必须卧床外,均可自由活动,以减轻紧张情绪,有利于加强宫缩与产程进展。

(5)注意产妇的饮食及大小便:①定时进食进水;②指导产妇在宫缩间歇时安静休息。

4. 产程观察:

(1)观察宫缩:随着产程进展,宫缩逐渐加强,间隔时间缩短,持续时间增长。

(2)观察宫口扩张和先露下降：两者同时进展，预示分娩可顺利进行。肛查一般在第1产程早期隔2～4h 1次，以后可1～2h 1次，依宫缩情况而定。查得结果，将宫口大小及胎先露位置记在产程图上。

(3)听取胎心：每隔1～2h听1次，每次听30～60s并计数。若有异常，宜连续听诊监护或用胎心监护仪监测。

(4)测血压：每4～6h 1次，有妊高征者可根据情况每2～4h测1次。

(5)当初产妇宫口开全、经产妇开至3～4cm时，应送产房，准备接产。若宫缩紧，产程进展快，宜提前送产房。

(二)第2产程处理：重点是严格无菌操作，保护会阴及勤听胎心，使胎儿安全分娩。

1. 接产准备：

(1)常规清洗及消毒外阴，包括阴阜及大腿内侧上1/3部位。

(2)接生者消毒双手及带手套、穿消毒衣。

(3)产妇腹部及双腿铺消毒巾。

2. 接生：是协助胎儿按分娩机转娩出及保护会阴防止损伤的操作。当胎头拨露时，接生者用右手撑面托住会阴，防止胎头过速娩出。左手手指轻按耻骨联合下拨露的胎头，使其很好的俯屈，以最小的枕下前囟径娩出。在正常情况下，宫口开全0.5～1h后，产道扩张，胎头拨露的面积亦明显扩大而着冠。当胎头枕骨下降至耻骨弓下后，左手协助胎头仰伸并控制娩出速度，同时嘱产妇张口呼气，切勿运用腹压；在宫缩间歇时，可令产妇轻轻屏气，使胎头在宫缩间歇时娩出，以避免或减轻会阴撕伤。若会阴过紧，撕伤难免，可行会阴侧切术。当胎头娩出后应立即清洁胎儿口、鼻，使呼吸道通畅，然后将胎头转向一侧或等待自然外回转。不易过快娩出胎身，以免宫腔排空过速，影响子宫收缩及缩复。如发现脐带绕颈，待前肩娩出时将其推移至胸部，若绕颈过紧或绕数圈，则用两把钳子夹住剪断。待胎头转向一侧后即将胎头向下娩出前肩，然后将胎头上提，后肩即娩出，此时接生仍须保护会阴，以左手协助胎体娩出。若第2产程进展慢，超过2h或胎儿有窘迫现象，均应及时手术助产。

3. 新生儿处理：

(1)清洁呼吸道：新生儿娩出后应置头低位约20°，并转向一侧，使呼吸道中羊水和粘液自鼻、口流出，并将其挤净或用吸管吸出，并拍打脚板

使其啼哭。

(2)保暖。

(3)新生儿评分。

(4)处理脐带:在距脐根 10～15cm 处用 2 把血管钳钳夹剪断。结扎脐分 2 道:第 1 道距脐根 0.5cm 处;第 2 道距第 1 道 0.5cm 处,在第 2 道结扎线上 0.5cm 处剪断,挤净,用 2.5% 碘酒消毒断端后包扎。

(5)点眼药水。

(三)第 3 产程处理:重点是适时娩出胎盘,防止产后出血。当胎儿娩出后常规肌注或经腹壁宫底注射麦角新碱 0.2mg 或催产素 10u(用于无禁忌证者)。以加强胎盘剥离减少出血,需注意以下几点:

1. 在胎盘剥离前切忌用力按压宫底或牵引脐带。

2. 胎盘已剥离后,及时促其排出,超过 30min 仍未剥离者重新严密消毒做人工剥离胎盘。

3. 仔细检查胎盘是否完整,胎膜有无血管断裂,有可疑者行宫腔探查。

4. 仔细检查产道、会阴及前庭有无损伤,必要时探查宫颈,如有损伤均须缝合修补。

5. 产后观察:产后应常规留产房观察 2h,主要观察子宫收缩、阴道出血量及会阴伤口情况。注意宫腔积血。观察 2h 无异常,可送回病房。

产褥期处理

产妇自从胎儿及其附属物娩出到全身器官(除乳房外)恢复至非妊娠状态,一般需 6～8 周,此阶段称产褥期。产褥期间母体各系统变化很大,虽属生理范畴,但子宫内有创面,乳房分泌功能旺盛,容易发生感染及其他病理情况,应注意观察,及时处理。

(一)子宫收缩痛:是由于子宫收缩而引起的腹痛,常于产后 1～2d 出现阵发性腹痛,疼痛剧烈影响休息和睡眠者,可服用止痛片或针刺关元、合谷等穴。

(二)子宫复归不良:临床表现为腰痛下坠,血性恶露经久不停,子宫比同期的产褥子宫大而软或有轻度压痛。可给宫缩剂(如麦角新碱、催产素等药),亦可给益母草膏口服。如有炎症可给抗炎药物。疑有胎盘残留

者，可行清宫术。

（三）产后发热：

1. 注意恶露质、量、色、味及子宫收缩情况。查血常规。生殖道感染常伴有畏寒、下腹部疼痛、宫底压痛、恶露增多且色淡伴有臭味，必须用广谱抗生素及宫缩剂。

2. 乳胀发热：局部硬结处热敷，挤空乳汁后体温即可下降，若局部硬结红、肿、热、痛即为乳腺炎，应积极应用抗生素治疗。

（四）尿潴留：在下腹部置热水袋，针刺关元、中极等穴位，亦可用吡啶斯的明 60mg，2 次/d，口服。

（五）产后便秘：鼓励产妇下床活动，多吃蔬菜水果。亦可给酚酞或石蜡油等缓泻剂；或用开塞露灌肠。

（六）会阴伤口愈合欠佳：

1. 伤口硬结：局部热敷。

2. 感染：扩创清除脓液。产后满 7d 者，可用 1/5 000 高锰酸钾溶液坐浴，1～2 次/d，每次 20min，并加用抗生素。

（七）产后盗汗：注意皮肤清洁及预防感冒。加用补气药，如糯稻根、瘪桃干、红枣等煎服。

（八）乳汁不足：首先应指导哺乳方法，如定时哺乳，每次哺乳应将乳汁排空。产妇应保持精神愉快，充分休息。营养方面宜多摄食富于蛋白质的食品，亦可适当用中草药补气补血、疏肝理气作辅助。也可针灸乳根、膻中、少泽等穴位或辅以理疗、紫外线照射等。

（九）回奶：母亲患有传染病或严重慢性病不能哺乳者或婴儿死亡等需回奶者。则常用下列药物回奶：乙烯雌酚 1～5mg，3 次/d，口服，共 3～5d；苯甲酸雌二醇 4mg，2 次/d，肌注，共 3d。也可用生麦芽 90g，煎服，1 次/d，连服 3～5d。

（十）乳头皲裂：轻度皲裂可继续哺乳，但每次哺乳后局部敷 10% 复方安息香酚酊或 10% 鱼肝油铋剂，下次哺乳前洗净局部涂抹。重者可应用乳头配置间接哺乳。

（十一）产后检查：一般在产后 6～8 周进行，若有异常情况者提前检查，发现问题及时处理。

（十二）做好计划生育宣教，落实好避孕措施。

流　产

凡孕龄未满28周(胎儿体重不足1 000g)而妊娠就终止者,称为流产。流产发生在妊娠12周以前称为早期流产,在12～28周中断,乃为晚期流产。临床上分以下6类。

一、先兆流产

【诊断要点】

(一)停经后出现少量阴道出血,轻微腹痛。

(二)妇科检查:子宫颈口未开,子宫大小与停经月份相符。

(三)尿妊娠试验阳性。

(四)超声检查:子宫增大,A型示波法可见羊水平段、胎心、胎动波。

【治疗】

(一)卧床休息,禁止性生活。

(二)忌阴道检查,必要时必须动作轻柔,以减少对子宫的刺激,可用镇静药物,如鲁米那0.06g,2～3次/d,口服。腹痛较重者可肌注哌替啶50～100mg。

(三)口服维生素E 100mg,2次/d,可能有利于孕卵发育。

(四)肌注黄体酮20mg,1次/d,有利于蜕膜生长。

二、难免流产及不全流产

【诊断要点】

(一)先兆流产患者阴道出血增多,下腹痛加剧;妇科检查子宫与停经月份相符或略小,但子宫颈口已开大,有时可见有胚囊或见有羊水流出;妊娠试验阳性或阴性。属难免流产。

(二)主诉有组织物或胎儿排出,阴道出血多,妇科检查子宫颈口开大或有组织物堵塞,子宫较停经周数小。为不全流产。

【治疗】

(一)立即清除妊娠产物。子宫小于12孕周者进行吸宫术,术前或术时肌注催产素10u。促使子宫收缩以减少出血。子宫大于12孕周者,静脉滴点催产素10～20u(加入5%葡萄糖液500ml中),促使胎儿胎盘排出,亦可钳取胎盘组织。

(二)出血时间较长或已并发感染者,静脉滴注广谱抗生素。

三、完全流产

【诊断要点】

(一)胚胎或胎儿,胎盘已完全排出,阴道出血逐渐减少,腹痛随之消失。

(二)妇科检查见子宫颈口已闭,子宫缩小。

【治疗】

勿须特殊治疗。

四、稽留流产

【诊断要点】

(一)有停经史,妊娠反应消失,有时反复阴道流血,量时多时少,妊娠试验阳性转阴。

(二)妇科检查子宫小于停经月份2个月以上,且不太柔软。

(三)超声检查:子宫有不同程度增大,不见胎心、胎动。

【治疗】

(一)确诊后,应检查凝血功能,如有凝血障碍,予以适当处理。

(二)口服乙烯雌酚5mg,3次/d,以提高子宫肌肉对催产素的敏感性。

(三)子宫小于12孕周者进行钳刮术,术前做好输血准备,术时注射催产素。子宫大于12孕周者可用利凡诺胎膜外引产术或静脉滴注催产素以促使宫腔内容物排出。

五、习惯性流产

【诊断要点】

(一)流产连续发生了3次或以上。

(二)流产往往发生在同一孕月,其临床经过和一般流产相同。

【治疗】

(一)寻找病因:如黄体功能不全,甲状腺功能低下,先天性子宫或宫颈发育异常,宫腔粘连及子宫肌瘤,染色体异常等。习惯性晚期流产常由宫颈功能不全引起。

(二)病因处理:如进行纵隔子宫和双角子宫的矫治术、子宫肌瘤摘除术、宫腔粘连松解术。待病因清除后,再计划受孕。

(三)孕期处理:如黄体功能不全,及早应用黄体酮预防,可能奏效。

宫颈内口松弛者，根据以往流产发生的时期，选择在妊娠12～20周时，进行子宫内口缝扎术。病因不明者，在月经稍有延长，及时确诊妊娠后卧床休息，禁性生活，补充维生素B、维生素C和维生素E，并酌用镇静剂。治疗期限必须超过以往发生流产的妊娠月份。

异位妊娠

当孕卵在子宫腔外着床发育，称为异位妊娠，亦即宫外孕。异位妊娠可发生在输卵管、卵巢、腹腔、子宫残角等处，95%以上为输卵管妊娠，以壶腹部最多见，其次为峡部。主要由慢性输卵管炎等原因致孕卵前进受阻或运行迟缓，在未到达子宫腔前即具备植入能力，就地着床发育造成。输卵管妊娠流产或破裂后，可引起腹腔内急性大出血，发病急病情重，处理不当可危及生命。

【诊断要点】

（一）停经后不规则少量阴道流血，妊娠试验阳性。

（二）未流产或破裂前，常有患侧腹部隐痛。流产或破裂时，伴剧烈腹痛，内出血多时有面色苍白、脉搏增速、血压下降甚至休克。

（三）下腹或全腹有压痛及反跳痛，移动性浊音阳性。

（四）妇科检查：宫颈举痛，后穹窿饱满及触痛，子宫稍大，子宫一侧或后方触及包块（不活动、不规则块物）。

（五）后穹窿穿刺抽出不凝之血液，内含小血块。

（六）超声检查：可见子宫稍增大，但宫腔内无妊娠声像特征。可在子宫一侧见到轮廓不清的液性或实质性肿块。如在肿块内见到妊娠囊和胎心搏动可明确诊断。

（七）子宫内膜病理检查：诊刮病理检查，可见蜕膜样组织，但不见绒毛，有助于诊断。

【治疗】

明确诊断后，根据病情及生育要求决定治疗方针。内出血少，有生育要求者，可考虑保守治疗。为了防止出血过多一般采取急诊手术。保守治无效者，亦宜及时手术治疗。

（一）手术治疗：

1. 病侧输卵管切除术。间质部妊娠，做宫角切除或全子宫切除术。

2. 输卵管妊娠尚未破裂或流产型，亦可行输卵管纵切开与孕卵挖出或吸出术，有生育要求者，酌情行输卵管整形术。

3. 无生育要求者，应同时结扎对侧输卵管。术时注意若休克严重时，应积极抢救，以局麻下手术。术中以止血为主，进入腹腔后先取出病变器官，钳夹止血，待休克好转后再继续手术。

（二）保守治疗：出血较少病情缓和有生育要求者，可考虑保守治疗。在杀灭孕卵的基础上，配合中药活血化瘀止血。但治疗过程中，应严密观察血压及腹痛情况，并严密观察 HCG 下降情况，必要时补液输血。血压下降严重、再次内出血者，可考虑手术治疗。

前置胎盘

正常妊娠时胎盘附着在子宫体的前壁、后壁或侧壁，如果胎盘部分或全部附着于子宫下段，并覆盖于宫颈内口，称为前置胎盘，以胎盘边缘与子宫颈口扩张约 1cm 时的关系，将其分为 3 种类型：①完全性前置胎盘或中央性前置胎盘：子宫颈口全部为胎盘组织所覆盖；②部分性前置胎盘：子宫颈口部分为胎盘组织所覆盖；③边缘性前置胎盘：胎盘附着于子宫下段，不超过子宫颈内口。

【诊断要点】

（一）妊娠晚期反复无痛性阴道出血：完全性前置胎盘时，初次出血时间较早（常在孕 28 周左右），出血次数频多，出血量多。边缘性前置胎盘时，初次出血时间较晚（常在孕 37 周左右），量亦较少。部分性前置胎盘的出血情况介于两者之间。

（二）腹部检查：腹软，子宫松弛，胎位清楚，如出血不多，胎心往往亦正常。由于胎盘位置低，阻碍先露下降入盆，致使胎头高浮或胎位不正。在耻骨联合上可听到与脉搏一致的吹风样胎盘杂音。

（三）阴道穹窿扪诊时，发现手指与胎先露之间有较厚的软组织。

（四）超声胎盘定位。

（五）产后检查胎盘，如胎膜破口距离胎盘边缘＞7cm，可以除外前置胎盘。

【治疗】

（一）做好计划生育宣教，防止多次刮宫，特别是人工流产。

(二)根据出血多少、妊娠周数、胎次、胎位、胎儿存亡、临产与否、宫颈扩张程度等情况,决定处理,争取降低母婴死亡率。如大量出血以抢救孕妇生命为主;如出血不多应考虑胎儿成熟度,避免过早终止妊娠,必须绝对卧床休息,纠正贫血,禁做肛查,尽量维持妊娠37周。

(三)期待治疗期间大量阴道出血时,应及时做好抢救准备,施行剖宫产术。

(四)经产妇在临产后发生出血,若血量不多,考虑为边缘性前置胎盘而为头先露者,可行人工破膜,破膜后胎头下降压迫胎盘而止血,可加速产程使在短时间内结束分娩,产后立即给宫缩剂,促使胎盘附着之血窦闭合,防止产后大出血。并给抗生素预防感染。

(五)对可疑前置胎盘,如当地条件有限不能处理,应做阴道填塞,及时护送转院治疗。严禁做阴道检查或肛查。

胎盘早期剥离

妊娠28周以后,正常位置胎盘在胎儿未娩出前,部分或全部自宫壁剥离,称胎盘早期剥离。为妊娠晚期的严重并发症。常并发凝血功能障碍,肾功能衰竭,威胁母儿生命。胎盘早剥面积超过1/3时,常致胎儿死亡。重度妊高征、宫腔内压力骤变时(双胎中一胎娩出过速或羊水过多而突然排空),以及腹部外伤或外倒转术等,均能引起胎盘早剥。

[诊断要点]

(一)在妊娠晚期或临产时突然发生腹痛,持续性,程度轻重不等。

(二)阴道流血,量多少不等,与全身表现可能不成比例。

(三)轻型以外出血为主,腹部检查子宫仅有轻度局限性压痛,子宫大小与妊娠月份相符,胎位、胎心音清楚,但胎心率可有改变。重型以隐性出血为主,孕妇面色苍白,呈急性贫血貌,血压下降,脉搏细弱,出现休克现象,子宫如板样僵硬,宫底上升,腹部压痛明显,无明显收缩间歇,胎位触不清,胎心音变弱或消失。

(四)破膜后羊水内混有血液。

(五)若并发凝血功能障碍DIC,则有全身出血倾向,如皮下出血、血尿等。有时有肾功能不全。

(六)超声显像:

1. 胎盘后血肿形成时，胎盘与子宫壁间出现液性暗区，暗区常不只一处，界限不太清楚。

2. 胎盘显示比一般增厚

3. 绒毛板向羊膜腔突出。

4. 后壁粘膜早剥时胎儿可以靠近前壁。

5. 偶尔可见子宫内回声反射增强。

6. 可了解胎儿情况。

【治疗】

(一)加前产前检查，及早治疗妊高征、慢性高血压病等。避免腹部外伤和性交。胎位不正需做外倒转时，操作务须轻柔。处理羊水过多时避免羊水流出过快。

(二)确诊后争取在6h内结束分娩。根据病情、胎次、产次、胎儿成活力、阴道分娩条件、产程进展及是否有严重并发症，决定分娩方式。

(三)阴道分娩：适用于病情较轻、产妇无休克，阴道分娩条件良好，估计短期内能结束分娩者。具体步骤如下：

1. 人工破膜，并用腹带扎紧腹部，压迫胎盘，以防继续剥离，减少凝血活素进入血循环，切断DIC。

2. 破膜后宫缩不良者加用催产素静脉点滴。若6h内产程不进展，可放弃阴道分娩。

3. 胎儿娩出后可立即人工剥离胎盘，按摩子宫，并应用宫缩剂，预防产后出血。并注意子宫收缩及血液凝结情况。

(四)剖宫产：指征为胎儿窘迫、产妇休克、持续性出血、宫缩间歇不能放松或估计6h内不能经阴道分娩者(不论胎儿是否存活)。术中如见子宫壁为紫铜色、浆肌层有出血而子宫收缩不良，表示子宫胎盘卒中。取出胎儿后用热盐水湿敷并按摩子宫，若子宫色泽能转为正常，并对宫缩有反应，表示子宫功能良好，可保留子宫。若经用各种方法处理，子宫仍呈紫蓝色、不收缩、出血不止时，应切除子宫。

妊娠高血压综合征

妊娠高血压综合征是产科的常见病，以高血压、水肿、蛋白尿为主要症候群，简称妊高征。大多发生在妊娠20周至产后24h内，当分娩后症

状可逐渐消失。妊高征病因至今尚未阐明，但病理生理改变为全身小血管痉挛。近几年对本病的治疗效果已有明显提高，母婴死亡率已大大降低。

【诊断要点】

(一)病史：首先了解患者孕前有无高血压等病史。

(二)妊娠20周后发生高血压、水肿、蛋白尿症候群，严重者可发生抽搐、昏迷。

(三)妊高征的严重程度可分为轻、中、重3度：

1．轻度：血压＞17.3/12.0kPa(130/90mmHg)。

2．中度：血压超出轻度范围，但是＜21.3/14.6kPa(160/110mmHg)时，有尿蛋白(＋)或伴有水肿及轻度自觉症状，如头晕等。

3．重度：血压≥21.3/14.6kPa(160/110mmHg)，尿蛋白(＋＋)～(＋＋＋)或伴有水肿。此期多出现严重并发症，如胎盘早剥，心、肺、肾功能不全等。

(1)先兆子痫：上述体征伴头痛、头晕、眼花、恶心、胃区不适或疼痛、呕吐等自觉症状。

(2)子痫：在先兆子痫的基础上伴有抽搐、昏迷者。

(四)辅助检查：视病情而定。

1．眼底检查：动静脉比例由正常2:3变为1:2；视网膜水肿严重者剥离或有棉絮状渗出、出血。

2．血液检查：红细胞压积、血红蛋白含量、血液粘度、血小板、电解质、二氧化碳结合力。有凝血功能障碍者，测纤维蛋白原、凝血酶原时间、凝血时间、鱼精蛋白副凝试验等。

3．肝肾功能测定。

4．其他检查：心电图、超声、胎盘功能及胎儿成熟度等。

【治疗】

(一)轻度病例：严密观察病情，适当增加产前检查次数，防止病情发展。具体方法如下：

1．休息：左侧卧位。

2．饮食：摄入足够的蛋白质、蔬菜，补充铁、钙。除全身浮肿者外不必严格限盐。

3. 镇静：如用鲁米那或安定。

（二）中、重度病例：住院治疗，保证足够的休息，解除思想顾虑，对症处理。

1. 解痉药物：首选硫酸镁，但用时应注意：①膝腱反射必须存在；②呼吸不少于 16 次/min；③尿量不少于 25ml/h；④要备有钙剂。

2. 镇静药物适用于对硫酸镁有禁忌或疗效不明显者，如冬眠 1 号、安定等。这些药物对胎儿呼吸有抑制作用，临近分娩时不用。

3. 降压药：一般适于血压过高，如收缩压＞24.0kPa(180mmHg)或舒张压＞14.4kPa(110mmHg)，为防止孕妇发生脑血管意外时用，应首选肼苯哒嗪、心痛定等。

4. 利尿药物：一般不用。若全身水肿、肺水肿、脑水肿、血容量过高或有心力衰竭者，常用药物有速尿、甘露醇、双氢克尿塞、氨苯喋啶等。用时注意药物的副作用。

5. 扩容治疗：适于重度妊高征伴有血容量减少和血液浓缩者，如红细胞压积＞35%、全血粘度比值＞3.6～3.7、血浆粘度＞1.6～1.7。如有脑水肿、视网膜水肿，则在扩容后再给予脱水剂，以减轻组织水肿。扩容剂的选择，应根据患者的不同情况，常用的有白蛋白及血浆、全血、低分子右旋糖酐、平衡液等。用时严密观察脉搏、呼吸、血压、尿量，以防肺水肿及心力衰竭。

6. 终止妊娠：

(1)指征：①重度病例积极治疗 24～48h 后、效果不佳、胎龄超过 34 周者，尤其是子痫患者；②妊娠 36 周前，胎盘功能减退，胎儿成熟检查提示胎儿成熟或经治疗后病情继续恶化者。

(2)方法：①引产：适于宫颈成熟，软且容受；②剖宫产术：适于有产科指征、胎盘功能严重减退或人工破膜继以催产素静脉滴 6～12h 仍不临产者。

7. 防治严重并发症：如产后虚脱、肾功能衰竭、肺水肿、心衰、脑血管意外、凝血功能障碍等。

（三）子痫：

1. 控制抽搐：用硫酸镁或其他解痉剂或镇静药等。血压过高者加降压药。

2. 防止受伤，专人护理，取出假牙，防止跌落及舌咬伤。

3. 减少刺激，避声、光，尽量减少不必要的检查。

4. 严格监护：严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、尿量及出入水量，及时查尿常规、眼底及血化验检查，及早发现及处理并发症。

5. 终止妊娠：一般主张抽搐控制 6～12h 后，考虑终止妊娠。根据具体情况引产或剖腹产。

过期妊娠

过期妊娠是指 42 周及 42 周以上(≥294d)的妊娠。在此期间的分娩称过期产。其新生儿为过期产儿。

【诊断要点】

(一)确定孕周：确切了解末次月经日期，如果末次月经日期不确切，询问妊娠反应开始时间、胎动出现时间来推算。妇科检查子宫大小，也是推算预产期的可靠依据。

(二)胎盘功能减退的诊断：约有 1/3 的过期妊娠有胎盘功能减退，导致胎儿窘迫、神经系统的损害，可致胎儿宫内死亡。但对其早期诊断目前尚有困难。下列检查以助早期发现：

1. 24h 尿 E_3 测定。

2. 胎心率描记：无负荷试验(NST)和激惹试验(CST)，可预测胎儿胎盘氧贮能力。

3. 羊水量测听：B 型超声显声仪能即时提供羊水量的情况。

4. 胎头双顶径测定：胎头双顶径在胎儿足月后增长率明显下降，当增长率＜0.45mm/周时，提示胎儿已过期。

5. 胎动自我监护：正常足月妊娠时胎动数在 30 次/12h 以上，若＜20 次/12h 应考虑宫内缺氧。

(三)过熟儿的特点：胎盘功能不全导致的胎儿过熟症，临床表现为生长停滞，脱水、干瘪，羊皮纸样皮肤且有裂痕和皱皮。上肢和大腿细长，颅骨变硬，胎脂、胎毛缺少，皮肤浸软，脐带、胎膜和皮肤污染成棕绿色或淡黄色。

【治疗】

(一)终止妊娠：

1. 孕期确切已达 42 周，常规终止妊娠。

2. 如果孕周不确切，估计胎儿体重在 2 500g，尿雌三醇值(E_3)进行性上升，各项监护指标揭示胎盘贮备能力良好，可在严密监护下继续妊娠。

(二)终止妊娠方式：除产科因素外，应当根据孕妇具体情况，反复权衡母子可能发生的危险，然后决定阴道分娩或剖腹产术。下列情况应考虑剖腹产术：

1. 过期妊娠自觉胎动减少渐至消失而 CST 阳性。

2. 羊水量明显减少，B 型超声波示最大羊水暗区＜1～2cm，或破膜时羊水量少伴羊水Ⅱ°污染。

3. 连续测定 E_3，其值下降到原来的 60% 或低于 10mg。

(三)临产后处理：

1. 产程开始即给氧，减轻胎儿缺氧状态。

2. 左侧卧位，增加子宫－胎盘血流量。

3. 慎用麻醉、镇静剂，任何导致母体血压降低的药物均应避免。

4. 产程不宜过长。在试产过程中应适当放松剖腹产指征。

5. 产程中出现胎儿窘迫时，且估计胎儿在短时期内可产出者，可考虑阴道分娩。待宫口开全后尽量缩短第 2 产程，行胎吸或产钳助产。

6. 胎儿窘迫进行性加重，而产程不能在短期内结束者，应考虑剖宫产。

7. 胎儿娩出后不必急于断脐，使增加胎儿血容量。

8. 做好新生儿复苏抢救的一切准备工作。

分娩期子宫破裂

子宫破裂是产科的严重并发症，绝大多数发生在妊娠晚期，特别是分娩过程中，以经产妇多见。子宫破裂多由于阻塞性分娩未能及时处理或手术操作不当所引起。病因可为子宫肌层的病变、旧瘢痕特别是古典式剖腹产后的瘢痕易引起破裂，以及其他不适当应用催产素所致。

【诊断要点】

自发性和子宫瘢痕破裂可无特殊诱因，损伤性破裂多见于阻塞性分娩，一般经历以下 2 个阶段：

(一)先兆子宫破裂：

1．子宫收缩频而强烈，胎先露不下降，腹部出现病理性缩复环可达脐部或脐部以上。

2．产妇烦躁不安，脉数，有排尿困难或血尿。

3．胎动频繁，胎心增快或变慢或不规则。

出现上述症状和体征，如不及时处理，则进入子宫破裂阶段。

(二)子宫破裂：

1．突感耻骨上区剧烈疼痛，可呈撕裂样，继之阵缩停止，腹部剧痛明显减轻，但其后因血液刺激腹膜，腹痛再现，且为持续性。

2．少数产妇阵缩仍可持续。若子宫破裂发生在第2产程，偶然亦可自动由阴道结束分娩。

3．胎动消失，胎心音听不清。

4．如为完全性子宫破裂，则宫腔和腹腔直接沟通，胎儿往往已被排出宫腔外。腹部触诊胎体明显，且旁为缩小的宫体，阴道检查，先露部回缩，宫颈口缩小，阴道内有出血。诊断不明确时双合诊可触摸宫壁裂口，并通入腹腔清楚触及肠管。

5．如为不完全破裂，即子宫肌层破裂，浆膜层未破，则往往破入病侧阔韧带二叶间，造成阔韧带血肿，阴道检查时手指可通入阔韧带二叶间。

6．产妇呈休克状态。

7．阴道出血量多少不定。若子宫动脉破裂，则见大量出血，发生休克。

8．子宫破裂时间较久出现继发性感染时，则有腹膜炎症状和体征。

【治疗】

(一)先兆子宫破裂：

1．及时给镇静剂，以抑制子宫收缩。

2．积极准备剖腹产，尽快结束分娩。

(二)子宫破裂：

1．及时输血输液预防休克，同时迅速进行剖宫产术，取出胎儿及胎盘。

2．手术方式，依伤口破裂情况、破口时间长短、有否感染而定。

3．如果胎儿已从阴道娩出，后发现子宫破裂者，也应及时剖腹。如

果子宫破裂已久，出血不多，则应在控制感染后再行剖腹术。如果盆腔脓肿形成，则经后穹隆切开引流。

4. 凡子宫破裂者皆应控制感染。

5. 在偏避山区无手术条件时，在抗休克的同时，与附近医院联系，尽量避免长途转运。

【预防】

(一)有剖腹产史，有子宫手术瘢痕及子宫有穿孔史者，应在预产期前1～2周入院待产。有古典式剖腹产史或子宫破裂修补术后再妊娠者，须行选择性剖宫产术。

(二)临产过程中，应在无菌情况下行阴道检查和骨盆内测量，以充分估计头盆是否相称，胎头位置是否正，决定分娩方式。

(三)严密观察产程，尤其对试产者及有剖腹产史者更应细致。若宫缩良好，先露下降不明显，应及时考虑剖宫产。

(四)应用催产素时，必须严格掌握适应证及操作规程。静脉滴注时须注意浓度和滴速，严禁肌注。

(五)出现先兆破裂时，必须立即抑制宫缩以防破裂，并及时行剖宫产术。

(六)在农村山区无条件做剖宫产时，及早转院。若出现先兆破裂征兆时，则立即抑制宫缩，包护腹部，并请邻近医务人员携带器械，就地手术抢救母婴，避免转送途中发生子宫破裂，危及生命。

产后出血

胎儿娩出后24h内阴道出血量超过500ml者称为产后出血，其中以胎儿娩出至胎盘娩出时出血量较多，占产后24h总出血量的69.3%，占产后2h内出血量的80.5%，产后出血为产妇重要死亡原因之一，在我国居首位。

【诊断要点】

(一)胎儿娩出后24h内，阴道出血量达500ml或超过者。

(二)产后宫缩乏力性出血：胎盘娩出后因子宫肌纤维收缩及缩复不良所致出血。腹部检查子宫体软、下腹部不能看到隆起圆块或其轮廓不清者。

(三)胎盘滞留所致出血:胎儿娩出后 30min,胎盘尚未娩出者,包括胎盘剥离不全,胎盘剥离后滞留,胎盘嵌顿、粘连和植入,胎盘小叶或副胎盘残留。

(四)软产道损伤所致出血:胎儿娩出后发生持续性阴道出血,且血色鲜红,胎盘粘膜完整排出,子宫收缩良好。

1. 宫颈裂伤:胎儿娩出后即出现持续性阴道出血。阴道检查可见宫颈 3 点钟和 9 点钟处或其他部位有裂伤并超过 1cm 以上者。

2. 会阴阴道裂伤,分 3 度如下:

Ⅰ度裂伤:指会阴皮肤及阴道入口粘膜撕裂,未达肌层,出血不多者。

Ⅱ度裂伤:裂伤已达会阴体肌层,累及阴道后壁粘膜者;或呈舌状裂伤,但未伤及肛门外括约肌,出血较多者。

Ⅲ度裂伤:肛门外括约肌已断裂,阴道直肠间隔及直肠前壁可同时断裂者。

(五)凝血功能障碍所致的出血:产后阴道大出血,但无血块,血液不凝。出、凝血时间,血小板计数,凝血酶原时间,凝血块观察试验,纤维蛋白原定量试验等各项辅助检查可以证实者。

【治疗】

(一)胎盘尚未排出而有出血者,常为胎盘已剥离尚未排出,影响子宫收缩而致出血,应尽快使胎盘娩出,同时给宫缩剂,以促使子宫收缩,关闭血窦,减少出血。

(二)胎盘排出后如有出血,如为子宫收缩不良,应立即给宫缩药物,并经腹部按摩子宫或经阴道及腹部按摩子宫,帮助子宫收缩。

(三)若有胎盘滞留或部分残留,应立即取出,同时给予宫缩剂。

(四)若子宫收缩良好仍有阴道出血,则必须检查子宫颈、阴道、会阴有无裂伤,如发现破裂,立即缝合。

(五)经上述处理无效时,可考虑子宫次全切除术。

(六)当产后出血达 500ml 以上时,应立即补液,备血,并注意血压,脉搏变化。

(七)若有休克,应立即补血,纠正休克。

(八)尽可能不用血管收缩药物维持血压,以防止重要器官,尤其是肾脏损伤,发生急性肾功能衰竭。

胎儿宫内窘迫

胎儿在宫内有缺氧现象危及胎儿健康和生命者称为胎儿宫内窘迫。宫内窘迫可发生在临产过程中，也可发生在孕期。发生在临产过程中者，可以是孕期者的延续和加重。分急性窘迫和慢性窘迫2种。

【诊断要点】

(一)急性窘迫：胎心率加快在160次/min以上或胎心率减慢降至120～100次/min以下者，羊水浑浊呈黄色甚至黄绿色(胎粪样)，胎动次数减少或消失。酸中毒，胎儿头皮血气分析pH＜7.20、PO_2＜1.3kPa(10mmHg)、PCO_2＞0.8kPa(6mmHg)。

(二)慢性窘迫：胎盘功能检查，E_3值持续处于低值，胎心率图检查可以证实者；胎动计数每日测定减少至20次/24h以下，且不见回升者；羊膜镜检查羊水呈浑浊黄色至深棕色者。

【治疗】

(一)输氧，使母体血含氧量增加。

(二)静脉推注三联药物。

(三)针对病因采取相应措施。

(四)结束分娩，根据产程进展情况决定下列分娩方式：

1．若宫口已开全，能短时间内经阴道分娩者，可行会阴侧切、胎吸或产钳助产，尽快使胎儿娩出。

2．若宫口未开全，估计在短时间内不能经阴道分娩者，若胎儿情况还来得及抢救，则行剖腹产术。若胎儿已死亡，则听其自然娩出或行穿颅术。

产褥感染

产褥感染系分娩与产褥期因生殖道的创面，受致病菌的感染，引起局部或全身的炎症变化。

【诊断要点】

(一)在产后24h或10d内每4h测体温1次，有2次体温达到或超过38℃称产褥病率。

(二)根据生殖器官的部位、涉及范围、病原菌的致病力强弱及机体情

况，临床上有不同表现。常见的有发热，下腹部疼痛，恶露增多、有气味。检查时可发现外阴部伤口红、肿、痛，子宫复归不良、压痛，宫壁增厚、触痛明显，严重时可有腹膜刺激征，白细胞总数及中性粒细胞计数增多。

（三）宫腔分泌物及血培养有细菌生长。

【治疗】

（一）一般治疗：注意营养及水分摄入，不足者应补液，纠正酸中毒及电解质紊乱。贫血者，给予输血。血栓静脉炎体温未控制时应卧床休息。各种产褥感染应采取半卧位，以利恶露排出或使炎性渗出物局限在盆腔。高热不退者，可物理降温。

（二）药物治疗：

1. 给大量有效抗生素，以静脉给药为主。

2. 若高热不退，可适当加用激素。

（三）血栓性静脉炎的治疗：

1. 卧床休息，抬高患肢。

2. 局部热敷。

3. 深部静脉炎，可用抗凝药物。

4. 有效抗生素的应用。

5. 中药：活血化瘀消炎。

（四）感染性休克的抢救：参见危重症抢救。

新生儿窒息

新生儿窒息，为胎儿娩出后 1min，仅有心跳而无呼吸或未建立规律呼吸的缺氧状态。为新生儿死亡的主要原因之一，必须积极抢救和正确处理。

【诊断要点】

（一）胎儿娩出后仅有心跳而无呼吸或未建立规律呼吸的缺氧状态。

（二）出生后 1min 及 5min Apgar 评分，有助于诊断和判断预后，窒息可分轻度和重度 2 个阶段，两者可互相转化。①轻度窒息（青紫窒息）：Apgar 评分为 4～7 分，新生儿面部与全身皮肤呈青紫色，呼吸表浅或不规则，心跳规则，强而有力，心率常减慢（80～130 次/min），对外界刺激有反应，肌张力好，喉反射存在；②重度窒息（苍白窒息）：Apgar 评分为0～3

分，皮肤苍白，口唇青紫，无呼吸或仅有喘息样微弱呼吸，心跳不规则，心率＜80 次/min，且弱，对外界刺激无反应，肌张力松弛，喉反射消失。

【治疗】

（一）保暖，在整个复苏过程中必须注意保暖。

（二）清理呼吸道：胎儿娩出后应首先清理呼吸道的粘液及羊水，并注意吸出物的量和性质。动作要轻柔，避免损伤咽部粘膜。如为重度窒息或吸出物多且见粘稠混有胎便者，立即进行气管内插管直视下吸净羊水、粘液以清理呼吸道。

（三）吸氧和人工呼吸：必须在呼吸道通畅的基础上进行人工呼吸，同时给氧气吸入，直至建立自动呼吸为止。

（四）兴奋呼吸中枢：常用的药物为 25% 尼可刹米、山梗茶碱或小三联针。

（五）纠正酸中毒：给 5% 碳酸氢钠 3～5ml/kg 体重，加 25% 葡萄糖液 10ml，于 5min 内脐静脉缓慢注入。

（六）心内注射强心剂：出生后无心跳或抢救过程中心跳变慢或暂停，可向心内注射尼可刹米 0.2～0.5ml，推药后立即加做心脏外按摩。

（七）复苏后严密观察，继续改善缺氧状态，间断给氧至皮肤红润，呼吸平稳为止。必要时继续纠正酸中毒。保持呼吸道通畅，预防感染及颅内出血。

第四节　计划生育

计划生育工作的主要内容包括提倡晚婚、避孕与绝育 3 个方面。人工流产是避孕失败的补救措施，对妇女健康有一定影响，在宣传时要强调积极避孕的重要性。本节重点介绍宫内节育器、避孕药等其他避孕方法，以及中期妊娠引产。

宫内节育器

宫内节育器（IUD）是放置在子宫腔内的避孕装置，主要是作为异物通过局部效应而发挥其避孕作用，具有安全、有效、简便、经济，取出后不

影响今后生育等优点。

【宫内节育器的种类】

种类很多，其制作材料有不锈钢、塑料、硅橡胶或不锈钢塑料混合制成等。为了提高效能在IUD内加具有生物活性的物质(如铜、锌或孕激素)；为了便于观察其在宫腔内的位置及取出方便，将IUD末端系上尼龙丝；为了能够在X线下显影，在塑料制IUD内加入显影剂。此外，IUD的形状也有多种。国内常用的有不锈钢圆环、麻黄环、钢塑混合环、塑料节育环、带铜的"V"形和"T"形IUD等。最近发展的尚有硅胶质形IUD、北京环(改良太田环)、宫形环、带铜"Y"形IUD及外形似不锈钢圆环的钢铜混合环等。国外常用的有蛇形IUD、太田环、优生环，以及近年来研制的铜T、带铜多负荷形和内含孕激素为活性IUD等。

此外尚有宫颈节育器(ICD)，放置在颈管内，含有合成孕激素，使宫颈粘液变稠，阻止精子穿透。据最近报道避孕率可达100%，但脱落率较高。对月经无影响，是值得研究的方向。

【适应证】

凡已婚妇女要求用IUD避孕，均可放置。

【禁忌证】

(一)月经频发及经量过多者。

(二)急、慢性盆腔炎患者，以及急性阴道炎、宫颈炎、宫颈重度糜烂未经治疗者。

(三)宫腔过大(>9cm)或过小(<5.5cm)；或有先天性子宫畸形而诊断未明确者。

(四)子宫颈口过松或重度陈旧性宫颈裂伤者。

(五)生殖器肿瘤如子宫肌瘤或卵巢肿瘤未经治疗者。

(六)各种严重的全身性疾病及各种慢性病的急性发作阶段。

(七)子宫颈管明显狭窄者。

(八)痛经较严重者慎用。

(九)体温>37.5℃者暂不放置。

【放置时间】

以往规定放置节育器时间限在月经干净后3～7d内；产后3个月以后，中期妊娠引产后须待下次月经干净后，人流后可立即放器。根据"65

科研”攻关课题对放置节育器时间的研究结果，认为6个时期均可放置：①行经期；②产后立即(胎盘娩出后)；③产褥期(产后42d)；④剖腹产时；⑤中期妊娠产后立即或钳刮术后；⑥人流后。通过数千例1年多的观察，对放器后的副反应，并发症均无影响。除产后立即或剖腹产时放器脱落率较高外，其他时期放器的效果均不受影响。因此，放器时间可不受限制，大大方便了放器对象的往返预约，也减少了因等候放器时间的意外妊娠，但对闭经患者应先排除早孕。

【IUD的选择】

(一)根据宫腔大小，选择适当型号。

1. 不锈钢圆环和钢塑混合环：环号选择参照表5 4-2。

表5-4-2 宫腔长度与环号选择的关系

宫腔长度(cm)	5.5~6.5	6.6~7.5	7.6~8.5	>8.5
环外径(mm)	18~19	20~21	22~23	24

2. 麻花环按不锈钢圆环型号依次缩小1号。

3. 其他类型的IUD大多只用2种型号：子宫腔深度在7cm以下者用小号，7cm以上用大号。

4. 宫腔大小还须参考其宽度。近来国内外有报道应用宫腔横径测量仪，可较准确地测量宫腔大小，目前正逐步推广应用。如宽度小者环号宜偏小1号。

5. 人流术后放环须根据子宫复旧后大小的估计来选择。

(二)初产者宫颈管较紧，子宫亦易受刺激而收缩，产生疼痛，故宜选择较小型号。

(三)原有经量偏多者，宜选择含孕激素IUD。

(四)有带器妊娠者，可选大号或改用铜IUD。

(五)因脱落而再次放置者，可改用小号或选用节育花或“V”形、“T”形等符合宫腔形态而脱落率较低的IUD。

(六)产后或剖腹产时立即放置者，应在节育器上用Ⅰ号肠线结扎3个结，断端留1cm长，将其压入宫壁，可固定节育器减少脱落。

【IUD的消毒】

各类IUD均可用75%酒精或1‰新洁尔灭溶液浸泡30min以上消

毒，再用灭菌水冲洗后方可使用。金属类尚可煮沸(10min)或用高压消毒，但不能与碘酒接触。带铜"V"形或"T"形 IUD 在消毒液内浸泡时间不宜过长。

[放置时注意事项]

(一)严格执行无菌操作，必须按照常规消毒宫颈及颈管，送入放置器时，要避免触及阴道壁。

(二)术前必须仔细复查子宫的大小、位置、倾屈度等。

(三)子宫颈钳钳挟宫颈时，勿钳入颈管内，并应依水平方向牵拉，以伸展子宫体和子宫颈之间的弯曲度。

(四)叉形放环器不宜叉在环丝的结合处，而应放在它的对侧，以防环断裂或变形。尼龙丝则宜系在环的最低处。

(五)送环入宫腔时，切勿中途停顿，以防环从叉上脱落，若遇阻力而停顿，应取出重放。

(六)"V"形或"T"形 IUD 送入宫腔时，套管须送达宫底的正中部位，且使 IUD 的平面与子宫腔平面一致力，以防节育器倾斜或扭曲。

(七)哺乳期子宫肌壁薄而软，剖腹产后子宫壁有瘢痕，操作时要特别轻柔，以免穿孔。

(八)不论何种 IUD，如放置时遇到困难，切忌强力顶送，以免引起子宫穿孔或损伤颈管。必要时可扩张宫颈后放置。

(九)对有双子宫史或术前检查发现有双子宫畸形者，术中要仔细探测 2 个宫腔的方向和深度，分别置入 1 个相应 IUD。

[放器后注意事项]

(一)如受术后有中度宫颈糜烂或阴道清洁度差，术后酌情给消炎药物预防感染。

(二)向放环者介绍放器后常见反应，如少量阴道出血及小腹不适等，经 3～7d 可渐自愈。若出血多或腹痛剧者应随时就诊。

(三)术毕有小便痛明显者，可能为宫缩痛，可给一般止痛剂(如阿斯匹林类药物)。

(四)术后休息 3d，1 周内不做重体力劳动。

(五)术后 2 周内禁止房事和盆浴，保持外阴清洁。

(六)放器后初 3 个月内，尤其在经期或大便时，应注意 IUD 有否脱

落。

(七)嘱按规定接受随防:应于放环后1个月、3个月、半年、1年各复查1次。复查时要认真填写随访访问记录,注意有无副反应,并做妇科检查观察尾丝变化(如有否下降),若未见尾丝,可用子宫探针探触或进行超声、透视或摄片等检查,以及时发现IUD有否脱落或异位。

【取出IUD的指征】

(一)放置期限已到,需调换者。

(二)因副反应或并发症经治疗无效者。

(三)计划再生育者。

(四)带器妊娠。

(五)要求改用其他方法避孕或绝育者。

(六)绝经1年以上者。

【取出时间】

(一)以月经后3~7d为宜;如因子宫出血须取出者,可在应用抗生素2~3d后取出。

(二)带器妊娠可于人工流产同时取出;如带器妊娠至足月者,一般IUD于分娩时随胎盘同时排出,若未见排出,可行宫腔探查取出;或于产后3个月,经X线透视证实有IUD后,再行取出。

【取器困难情况的处理】

在IUD取出过程中,绝大多数手术顺利,少数可出现下列困难情况:

(一)宫颈口太紧:可扩张宫颈后再取。

(二)IUD粘连:即部分IUD被子宫内膜包埋。可因放置时损伤子宫壁形成弱点,IUD由此嵌入;或由于IUD过大压迫宫壁,日久后逐渐下陷,内膜覆盖其上而形成。在取器牵引时阻力较大,但用刮匙刮去覆盖在IUD上的内膜后,仍能取出。

(三)IUD嵌顿:即部分或全部IUD被包埋于子宫壁内。原因同上述造成IUD粘连相同,若深入肌层则形成嵌顿,也可穿透子宫壁,尤其是绝经后子宫萎缩、壁薄,IUD更易嵌入肌层。

1.部分嵌顿:用取环钢钩住牵拉时,阻力大,虽稍有下降,放松时又回缩;若系不锈钢圆环,宜钩住后,轻轻将环丝拉长,大部分牵拉到子宫颈口之外,拉直环丝,近子宫颈口处剪断后,抽出环丝。如有断裂呈碎片取

出，宜核对是否完整，疑有不全则做腹部摄片检查。若阻力过大、受术者感小腹疼痛不能忍受时，不宜强行牵拉，须剖腹或在宫腔镜下取出。

2. 完全嵌顿：很少见，在取器过程中，未能触及而 X 线检查显示有 IUD 存在时，应考虑到有此可能。可在 X 线下，将小号宫颈扩张器置入宫腔，观察 IUD 和子宫的关系；也可做宫腔碘油造影（塑料、硅橡胶 IUD 用 5% 碘油，金属 IUD 用 10% 碘油作造影剂）。拍前后位及侧位片，必要时结合盆腔充气造影，以显示 IUD 嵌顿为确切部位。确诊后一般均需剖腹切开子宫肌层取出。

（四）IUD 异位：或称 IUD 外游，是指 IUD 完全穿透子宫壁，移到子宫外，进入腹腔、韧带等处。发生率很低，往往在到期取器或因带器妊娠进行人流术时发现。多数在放置时器械穿孔而造成。用弹入式管型放置器时较易发生。一般通过仔细的妇科检查（在前、后穹窿处有时可触及 IUD），X 线透视下检查或子宫碘油造影（可用 40% 碘化钠做造影剂显示宫腔）可确定 IUD 的位置，做出诊断，异位于盆腔底部的 IUD，大多可经阴道切开前或后穹窿取出；远离子宫，位于腹腔的 IUD，需经腹部手术或在腹腔镜下取出，需绝育者同时可做输卵管结扎术。

【取器后注意事项】

（一）落实其他避孕措施。

（二）2 周内禁止房事和盆浴。

（三）术后休息 1d。

（四）术时出血多或取出困难者，术后应给予止血剂和抗炎药物。

【副反应和并发症】

（一）子宫出血：是放置 IUD 后最常见的副反应。可表现为经量过多、经期延长、经间不规则出血或行经期提早而周期缩短者。多数认为放置 IUD 后子宫内膜纤溶活性增加及前列腺素释放增多有密切关系，故治疗以抗纤溶或抗前列腺素为主。

抗纤溶药有止血环酸（凝血酸）、6－氨基己酸、抗血纤溶芳酸；中成药有血宁片、风轮止血片等。抗前列腺素有氟灭酸、甲灭酸、萘普生等前列腺素合成酶抑制剂。一般在行经时口服，肌注或静注 5－7d，有时有胃肠道副作用。其中如安络血、维生素 K、维生素 E、钙剂、宫缩剂等可作辅助治疗。出血量多或上述药物无效时可用复方炔诺酮或口服炔诺酮 2.5mg

和炔雌醇 0.025～0.035mg/d,待血止后逐渐减量,以防撤退性出血;或用雌三醇 10mg,1 次/d,口服或肌注,有助于内膜修复而不致引起撤退性出血。治疗 2～3 个周期无效者,应取出或试换另一种类型或型号的 IUD。

(二)腰酸、腹痛、白带多:乃由 IUD 刺激,机械性损伤释放 PG_s 和局部组织反应等所引起,多不严重,不须治疗。如严重腰酸、腹痛,经休息,应用颠茄、阿托品、阿斯匹林(抑制前列腺素)等治疗后无效者,应考虑换置小号或其他类型 IUD,常可减轻症状。

(三)子宫穿孔:术时可因未准确掌握子宫方位或用力不当,尤其是哺乳期子宫肌层薄而脆弱,可由子宫探针、放置器、取环钩或刮匙等引起子宫穿孔。如系子宫探针引起穿孔而无内出血症状者,可给以宫缩剂和抗生素预防出血和感染,暂作观察。如出现内出血症状或疑有其他脏器创伤者,则宜剖腹手术修补。若 IUD 已进入腹腔,宜及时剖腹取出。有条件时,亦可先行腹腔镜探查和试取 IUD。

(四)生殖器感染:发生率极低。尼龙尾丝与上行性感染的关系密切。主要是多股尼龙丝(如 DALKOR 盾形 IUD)。现均用单股尾丝,感染已很少见。多数在术后 3～7d 内出现急性炎症,程度轻重不一,及时治疗均能控制。如取出 IUD,一般在感染控制后取;严重感染时,应极早取出,并用大量抗生素。

(五)放置 IUD 后大出血:很少见,但较严重。以哺乳期为多见。也可能损伤所致,注意是否有内出血。处理原则以内止血、抗炎、补充血容量等对症处理为主。无效者可取出 IUD 并做诊刮术。人流同时放置 IUD 后出血者,应考虑有蜕膜或胎盘组织残留可能,必要时取出 IUD 进行刮宫。

(六)IUD 变形:发生率较低,多在随访、行 X 线检查时发现。环可呈"8"字形,三角形,不规则形或"T"形 IUD 横臂折叠等。发生原因与 IUD 质量、放置时操作有关。变形 IUD 易致子宫出血或嵌入子宫肌层,宜及时取出。IUD 粘连、嵌顿、异位的处理参阅取器困难情况的处理。

【IUD 的脱落和带器妊娠】

两者均列为 IUD 手术失败。

(一)脱落:IUD 的自然脱落多发生在放入后的第 1 年,尤以初 3 个月较多,3 年后则几乎无脱落者。主要发生在月经期。脱落率依 IUD 的种

类而不同，高者可达20%，导致IUD脱落的原因有：①IUD过大或未放到宫底，可刺激宫缩；②IUD制作材料的支撑力过小，如金属圆环；③IUD过小，如哺乳期未转经前放置、转经后宫腔增大等，受术者宫口过松；④IUD重量大者，体力劳动强度过大及放置IUD后月经过多等；⑤根据统计，未产妇脱落率较高，产次愈多脱落率愈低，因此可能与子宫收缩功能有关。IUD脱落后可根据宫腔大小(注意横径)于下次月经后重新放置合适类型和型号的IUD。如果第2次放置后又脱落，则宜改用其他避孕方法。

(二)带器妊娠：导致带器妊娠的原因有：①IUD未放置到宫底；②型号偏大、偏小或在哺乳期放置，使IUD位于宫腔下方或一侧；③IUD嵌顿于肌壁或异位于盆腔或腹腔；④子宫畸形IUD只放入一侧宫腔；带器(宫内)妊娠者自然流产发生率较高，并发感染的机会亦较多；产前或产后出血、死胎、早产者也较多。宫外孕的发生率是否比未带器者增高尚有争论。

【IUD的其他用途】

(一)除一般避孕作用外，于性交后5～7d内放置IUD尚可起"事后"避孕作用。以含铜节育器效果可靠，有效率达100%。

(二)治疗宫腔粘连。

(三)治疗在应用避孕药后的闭经和月经过少症。

短效口服避孕药

我国目前普遍推广使用的有5种，其中应用最普遍的口服避孕片1号和2号。

【适应证】

(一)身体健康、月经基本正常的育龄妇女皆可应用。

(二)对患有月经紊乱、经量过多或痛经的妇女更适宜；因避孕药可调整周期，抑制内膜增生，使经量减少和缓解痛经。

(三)哺乳期妇女最好在产后6～8月再开始服药。但1/8量的1号避孕药片可用于哺乳期。

【禁忌证】

(一)凡患有急、慢性肝炎，肾炎，子宫肌瘤，乳房肿块，乳头有异常分

泌物，恶性肿瘤，严重高血压，糖尿病，甲状腺功能亢进者，以及45岁后或20岁以下者，均不宜应用。

（二）有肝、肾病史，目前功能正常无症状者，以及偏头痛、癫痫等患者，应在医务人员指导下应用。

（三）正在服用巴比妥酸盐、抗惊厥剂、利福平等药物时，应暂缓应用。此类药物能抵消其避孕作用。

（四）月经过少或有血栓栓塞病史者慎用。

【用法】

（一）从月经周期第5d开始，每晚服药1片，连服22d，不能间断，如果漏服，次晨必须补服，以免发生突破性出血或避孕失败。

（二）一般在停药3～4d来月经（撤退性出血），到第5d再开始服药，如停药后7d仍未转经，应在此日晚间开始服下一周期的药。如连续停经2～3个周期，宜暂停药，采用其他避孕措施，亦检查停经原因。

（三）哺乳期月经未转而需服药者，应在排除妊娠后，任选一日开始服用。

（四）人工流产或自然流产后，为防止感染，应强调1个月内避免房事，故可待转经的第5d开始服药。

【副反应】

（一）类早孕反应：有恶心、呕吐、胃纳差、头晕、乏力、嗜睡等症状。主要发生在服药开始1～2个周期。一般维持数日，可自然消失，必要时可服维生素C、维生素B_6和奋乃静。

（二）突破性出血：即在服药期间发生不规则的阴道流血，多在服药1周后开始出现，持续时间不定，随服药时间延长，出血率也有所下降。可每晚加服炔雌醇0.005～0.01mg，直到服完1个周期的药为止。

如出血较多或出血时间已接近服药周期末，则可停药，作为月经处理，于出血第5d开始服下1个周期的药。应注意是否因漏药引起出血，特别是服用低剂量时，更应注意不可漏药。凡连续2个周期出血者，可在服药开始即每日加服炔雌醇或用加倍剂量的片剂，如治疗无效者，可调换药物品种。

（三）月经变化：个别人服药后经量会显著减少，甚至出现停经情况，可适当增加雌激素，每晚加服炔雌醇0.005～0.01mg。如连续停经2～3

个月，则应暂停服药。必要时可注射复方黄体酮，1 次/d，连用 3d。妇女连服 3～4 年后特别是经常出现闭经者，宜停药 3～4 个月，使卵巢功能恢复再继续服用，以防长期服药引起闭经。

（四）白带增多：为雌激素作用的结果，可服用健脾利湿的中药。

（五）体重增加：多系孕激素影响合成代谢，促进组织生长，也可是雌激素引起钠盐和水分潴留的结果。如 1 年内体重增加超过 4.5kg 时，应考虑停药。

（六）其他：个别可出现皮疹、瘙痒、面部蝶形色素沉着、头痛、腰酸痛、脱发、腹泻、痛经、情绪改变、性欲改变等反应，停药后多可恢复。

【注意事项】

（一）1 号片所含孕激素为炔诺酮，服用后经量减少的发生率比服 2 号片为高，因此有月经过多史的妇女，可选用 1 号片。

（二）应按时服药，不可随意变动服用时间，以免影响药效。漏服时应于次晨补服。

（三）药物的主要成分不在片内而在药片外面的糖层内，如糖衣潮解或脱落，就会因剂量不足而影响避孕效果或引起突破性出血，因此药片应保存于瓶内，置于阴凉干燥处。

（四）抗结核药利福平或解痉药（如苯巴比妥、苯妥英钠等），能加快甾体避孕药代谢速度，影响药物的避孕效果或增加突破性出血的发生率。故长期同时服用这些药物时应适当增加避孕药剂量。此外，长期使用抗生素，如氨基苄青霉素、长效磺胺、氯霉素、苯甲基青霉素、新霉素和呋喃呾啶等，能减少对失活性甾体性激素结合物的水解作用，降低血浆类固醇浓度，也可能影响避孕药在血中的有效浓度及其避孕效果。

（五）为保证服药者的健康，最好每年做 1 次以下项目检查，包括血压、肝功能、糖代谢、脂代谢及妇科检查。医院应建立专卡，做好随访记录。

长效甾体避孕针

长效甾体避孕针的优点是避孕效果可靠，使用方便，肌注 1 针可避孕 1～3 个月，甚至 6 个月。其剂型有 2 类：①油溶注射液；②水混悬注射液。

【适应证】

基本同短效口服避孕药。

【禁忌症】

基本同短效口服避孕药。

【副反应】

(一)月经变化:经期延长,经量增多、周期缩短、不规则阴道出血或闭经。经期延长、经量多、周期缩短者可在经前用孕激素,如甲孕酮25mg(口服,1次/d或黄体酮10mg肌注,连用3d;或口服避孕1号或2号,口服1～2片,连用4d。出现不规则阴道出血时,可每日口服乙炔雌二醇0.015～0.025mg,直到下次注射时为止。闭经的处理同短效口服避孕药。

(二)其他反应:少数人出现头晕、恶心、乳房胀、白带多、腰酸、心悸、潮红、药物性皮疹等反应,一般症状轻不需处理。极个别对象,若出现类过敏性反应,经抗过敏治疗后可好转。

【注意事项】

为了保证避孕效益必须按时注药。药液必须全部注入,并做深部肌注,油溶剂需置于温水中,待溶解摇匀后注人。水混悬液在注射前必须摇匀,防止药粒下落梗阻针管。注射后应留察半小时,以防发生过敏反应。

探亲甾体避孕药

口服避孕药是我国研制的适用于分居两地夫妇短期探亲时女性使用。其避孕环节是多方面的,以内膜受影响,不利于孕卵着床为最主要;孕激素改变宫颈粘液理化性质,不利于精子的穿透的作用亦较关键。避孕效果可靠,副作用小,一般停药后能迅速恢复正常月经和生育功能。

【适应证】

(一)过去有慢性肝炎、肾炎史者,在痊愈好转后,可服用甲醚抗孕含膜或甲地孕酮探亲片。

(二)甲醚抗孕含膜、氯醚避孕片和三烯高诺酮,除用于探亲避孕外,经常生活在一起的夫妇也可用。

【注意事项】

(一)慢性肝炎或肝功能不正常者,不宜服用炔诺酮探亲片。

(二)因探亲避孕药不含雌激素,故早孕反应的发生率低,症状亦轻;服药后有少数人有经期延长或停经,突破性出血发生率低(1.5%～5%);哺乳期服药,对乳汁影响小。以上反应轻者不需处理,反应明显时,处理方法同短效口服避孕药。

长效口服避孕药

长效口服避孕药是由长效雌激素和人工合成孕激素配伍制成。常用的是复方甲地孕酮,服药1次,可避孕1个月。

【副反应】

(一)类早孕反应:恶心、呕吐、食欲不振等反应往往出现在服药后8～10h,因此服药时间最好在午饭后。一般多属轻度反应,持续半天即可好转;重者持续1～2d,在服药同时加服抗副反应药(含奋乃静2mg、咖啡因30mg、维生素$B_6$30mg)或山莨菪碱等,1～3次/d,每次1片;或加服维生素$B_6$10mg、维生素$B_1$10mg、维生素C 200mg,3次/d,共3～5d,可使症状减轻。

(二)白带增多:于服药第1周期开始出现,用药3个月后发生率增高。可加服甲基睾丸素5～10mg,1次/d,连服5～7d,以对抗雌激素作用;亦可于月经后连服7d低剂量孕激素(18－甲基炔诺酮0.1mg)或用止带中草药制剂治疗。

(三)月经失调:服用复方炔雌醚18－甲基炔诺酮者,以月经减少者居多。服复方炔雌醚氯地孕酮片和复方炔雌醚16－次甲基氯地孕酮者,则以月经量增多为主;必要时注射丙酸睾丸素25～50mg,1次/d,连服2d,并加用止血药。如无效,可改服短效口服避孕药,少数人服药后出现停经现象。停经1个月,可按下次服药日期继续服药,停经2个月以上者经排除妊娠后,可用各种孕激素催经。

(四)血压升高:有4%血压增高,原有高血压者,服药后血压进一步增高者约占20%,故高血压患者不宜服用。

(五)少数人服药后感胃痛、头痛、乳房胀、皮疹、腰痛、下腹痛等,可对症处理。

【注意事项】

在最后1次服药后的行经第5d,应始服短效避孕片(1号或2号)连

服 2～3 个月作为过渡，以免由于体内蓄积雌激素而引起短期(2～3d)月经不调。

为慎重起见，如服药期间及停药 1 年内怀孕，宜及早终止妊娠，服药年限，以 5 年为宜。

事后甾体避孕药

事后甾体避孕药是在性交后服用的一种女用口服避孕药。

(一)雌激素类：是最早采用的。如乙烯雌酚 25～50mg，1 次/d；或乙炔雌二醇 5mg，1 次/d，可分次服。在每次性交后 24～72h 之内开始，连服 5d。避孕效果可达 99% 以上。仅用于应急而不宜经常应用。

(二)其他：

1. 孕激素：每次性交后服探亲 1 号(甲地孕酮 2mg)、右旋 18 甲基炔诺酮 0.4mg 或醋炔醚 0.8mg，1 次/d，共 3d。

2. 雌、孕激素复合制剂：乙炔雌二醇 0.05mg，1 次/d；18－甲基炔诺酮 0.5mg，2 次/d，共服 2 次。

避孕药缓释系统

避孕药缓释系统是指避孕药与某些缓慢释放性能的高分子化合物共同制备成的多种剂型，通过持续地释放恒定的低剂量避孕药，达到长效避孕作用。利用缓解系统，可以简化避孕药的用法和降低其剂量，从而提高长期应用的安全性。

(一)硅橡胶皮下植入剂：目前国外已制成一种释放左旋 18 ·甲基炔诺酮皮内埋入的胶囊，长 34mm，直径 2.4mm，含左旋 18－甲基炔诺酮 36mg，每例埋入 6 支胶囊于上臂内侧，于 24h 后血浆中药物水平已达到避孕效果，可维持 5 年不变，临床使用第 1 年失败率为 0.3%～0.5%，5 年后为 1.4%，优于宫内节育器。国内少数单位亦在使用。最多的副反应是月经失调，点滴出血较多见。

(二)硅胶阴道避孕环：是将合成孕激素放入硅橡胶空心环内；或将孕激素与硅橡胶混合后制成环状，将环放入阴道内，微量孕激素透过硅橡胶释放入阴道，经阴道粘膜吸收而起避孕作用。

(三)含药 IUD：可发挥孕激素和机械双重避孕作用，既降低了带器受

孕率，又减少了经量多、疼痛等副反应，但阴道不规则出血发生率较高。其制备采用硅橡胶或聚乙烯醋酸乙烯脂。

其他避孕方法

（一）女子外用避孕药：是将外用避孕药置入阴道内，通过杀伤精子而达到避孕目的，多年来常用的药物为有机汞（如醋酸苯汞）及弱酸（如醋酸、乳酸、硼酸等）为主的制剂，包括避孕胶冻、避孕栓和外用避孕片等。上述药物虽有杀精作用，但有效率低，且对阴道杆菌有损害。最近研制成新型高效杀精药，属非离子型表面活性剂，如烷苯聚氧醇（简称"741"）、蒸苯醇醚或壬苯醇醚等，制成半透明的片形薄膜或环形片，可供男方或女方应用，提高了避孕效果，减少了副反应，且不抑制正常阴道杆菌。

（二）安全期避孕（自然避孕法）：正常育龄妇女每月排卵 1 次。排卵日期一般在下次月经前 14±2d。卵子自卵巢排出后可存活 1～2d。精子在女性生殖道内可存活较长时间，但超过 48～72h，一般即失去受精能力。因此，在排卵前 2～3d 或排卵后 1～2d 内有性生活，受孕的可能性较大，为易孕期。在易孕期避免性生活，使精子和卵子没有相遇机会而达到避孕目的方法为安全期避孕法。安全期的推算方法如下：

（1）根据行经日期来推算：下次月经前 14±2d 为排卵期，在排卵期前 5d 后的 4d 内应避免性生活，其余时间为安全期。

（2）测定基础体温，检查宫颈粘液或阴道上皮脱落细胞连续 3 个月经周期，以明确排卵日期，再按上述方法控制性生活。但情绪、健康状态等因素的变化会导致推迟、提前或发生额外排卵，以致影响避孕效果，故不宜推广。

各种避孕方法的选择

避孕方法很多，其避孕效果是有差异的，而且往往与使用者对使用方法的掌握程度、能否正确使用、能否坚持等有关。故应按实际情况，因人制宜地选择，才能获得好的效果。

（一）新婚夫妇：可选用避孕套、口服避孕药或注射避孕针；不宜用 IUD，因未妊娠过的妇女的子宫颈口紧，放置困难，并有感染可能。

（二）健康妇女：各种避孕方法都可考虑，而以放 IUD 为首选。

(三)哺乳期妇女:可选用避孕套或阴道隔膜。产后6周子宫复旧正常者,可放置IUD。产后6~8个月开始服用避孕药或注射避孕针。

(四)分居两地的夫妇:可在探亲时服用探亲片;或在适当时间内服避孕药或注射避孕针,也可采用避孕工具。

(五)对某些妇女不易正确掌握按期服药者,则以IUD或避孕工具为首选。

(六)35岁以上的妇女,应少用口服避孕药或注射避孕针,尤其是肥胖、吸烟者,更须慎用。

(七)身体特异情况:

1. 有盆腔炎、宫颈炎、阴道炎、子宫过度前倾或后屈者,都不宜放置IUD,可采用其他方法避孕,待治愈后再放置。

2. 有严重心、肝、肾、肺等疾病,月经稀少,高血压,糖尿病,以及服用利福平的结核病患者,不宜服用避孕药或注射避孕针。

3. 有月经过多或周期失调的妇女最好采用口服避孕药或注射避孕针,既能达到避孕目的,又可调整月经。

(八)安全期、体外排精、压迫后尿道等方法都不很可靠,掌握不当容易失败,不宜采用。其他如长效口服避孕药、长效注射避孕针等,各有其特殊用途,须按情况使用。

(九)不需要再育者,因疾病不能再生育或采用各种方法后经常失败的夫妇,可考虑施行绝育手术。

水囊中期妊娠引产

将水囊放置在子宫壁与胎膜之间,引起宫缩,促使胎儿和胎盘排出,达到流产的目的。水囊有3种:单水囊、双水囊及短水囊。短水囊适宜于妊娠月份较大者。单水囊较常用,适用于18~24周妊娠。

【禁忌证】

凡有子宫壁瘢痕、生殖道炎症、严重高血压、心脏病或血液病,以及妊娠期间反复阴道出血或引产前有阴道出血者禁用。子宫颈发育差者慎用。

【术前准备】

(一)术前3d,再次冲洗阴道1次。

(二)术前测体温须在37.5℃以下。

(三)水囊制备:可用专制水囊,在双层避孕套内插入16～18号橡皮导尿管1根,其顶端送至避孕套顶部下1～2cm处,排出套内及2层套内的气体,用粗线将套口缚于导尿管上。注意松紧适宜,过松时液体易外漏,影响水囊效果;过紧则导致导尿管管腔阻塞,影响液体注入。如结扎在避孕套口上1/3处,即制成短水囊。

【术后处理及注意事项】

(一)定时测量体温、脉搏,严密观察宫缩、宫底高度及压痛、阴道有无流血、水囊是否落出。

(二)在24h后放出囊液,取出水囊。如宫缩过强、阴道流血较多或体温超过38℃,应提前取出水囊,并根据需要加用抗生素。

(三)放置后16～24h或取出后,如子宫收缩力微弱,可用催产素10～20u加入5%葡萄糖液500ml内做静脉滴注。滴速不宜太快(以20～40ml/min开始),避免宫缩过强,可引起子宫破裂。

(四)胎儿、胎盘娩出后,应及早使用宫缩剂,如正在使用催产素静滴,可继续使用1h。

(五)检查胎盘及胎膜是否完整,常规检查软产道有无损伤。

(六)首次引产失败,观察72h,在应用预防性消炎药的条件下,可再次放置水囊(最多放2次)或改用其他方法终止妊娠。

利凡诺中期妊娠引产

利凡诺具有较强的杀菌作用。将精制利凡诺溶液注入宫腔或羊膜腔内,刺激子宫收缩,促使流产。这种方法引产效果好、所需时间短、副反应轻、较安全、药源广。但流产时蜕膜组织残留较多,需刮宫清除率较高;且宫缩较强,偶可引起宫颈、子宫峡部、阴道后穹窿或阴道壁撕裂。适用于终止14～24周妊娠。

【禁忌证】

急性心、肝、肾疾病或有功能障碍者,急性病或急性传染病患者,有急性生殖道炎症者及术前24h内2次体温大于37.5℃者禁用。子宫壁有瘢痕者慎用。

【用法】

(一)14～20 孕周一般用 70～100mg;21～24 孕周用 50mg,术前先溶于注射用水内,羊膜腔内注射用 20ml;羊膜腔外用为 100ml。

(二)羊膜腔内注药法:抽出羊水后即注入利凡诺药液 20ml。

(三)羊膜腔外注药法:将 14～16 号导尿管 1 根轻轻送入宫腔内16～20cm 深。如出血应即退出,改变方向再送入。然后将利凡诺药液 100ml 缓慢注入,注毕将导尿管末端折叠扎紧卷曲在阴道内,并填塞纱布以防滑脱。

【术后处理及注意事项】

(一)严密观察受术者的体温、宫缩等情况:可有低热,血白细胞可升高至 $20\times10^9/L(20\ 000/mm^3)$。胎儿排出后数小时内体温即恢复正常,血白细胞亦在 24h 内迅速下降,不必处理。若体温超过 38.5℃,且有宫腔内感染可能,宜抗炎治疗。

(二)羊膜腔外注药引产,应在术后 24h 取出阴道内纱布和宫壁内导尿管,若流血较多,可提早取出,一般不影响效果。

(三)胎儿多在注药后 24～48h 内排出,绝大部分已死亡。胎儿排出后,可于宫底注射催产素 10u,加强子宫收缩,促使胎盘及时排出。

(四)仔细检查排出的胎膜及胎盘。疑有残留时,应及时清宫。

(五)常规检查宫颈和穹隆部,发现有撕裂应及时修补。

(六)出血超过 400ml 者约占 1%,可因胎盘滞留或软产道损伤引起,应及时处理。

(七)如引产 48h 后宫缩不强者,可加用催产素静脉滴注。

(八)如 1 次引产失败,72h 无异常情况时,可再次同法引产。

(九)药物剂量以不超过 100mg 为宜,以防毒性反应。

芫花萜结晶中期妊娠引产

芫花萜结晶中期妊娠引产有羊膜腔内、腔外的给药方法,大部分药物集中于羊水、胎盘及胎儿肝脏内,药物接触区的蜕膜组织变性坏死,使内源性 PG 分泌增加,可能是引起流产的主要原因。羊膜腔内 1 次注药 0.07mg,有效率达 98%,又具有用药剂量小、安全、引产时间短、药源广、基本无过敏反应、对重要脏器无明显影响等优点。

【禁忌证】

凡心、肝、肾疾患伴有功能不良者，各种疾病急性期(包括生殖器炎症)，凝血机制障碍者，子宫上有瘢痕者以及宫颈发育差者禁用。有阴道流血者不宜经阴道给药。

【用法】

(一)羊膜腔内注射法：适用于妊娠16～24周。莞花蓝结晶剂量为0.07mg，用注射用水稀释到8～10ml。注射方法同利凡诺中期妊娠引产。引产有效率达98%，从停经到流产时间约为72h，胎盘残留率占3%，蜕膜组织多可自然排出，注药4d或胎膜早破24h后仍无规则宫缩时，可加用催产素(5～10u放入5%葡萄糖液500ml内)静滴。如1次引产失败，5d后可重复注药1次或改用其他方法引产。

(二)羊膜腔外注射法：适用于妊娠14～18周。用无菌导尿管，经宫颈插入宫腔内(羊膜腔外)直达宫底，插入深度的厘米数与孕周数同。将莞花蓝结晶0.08mg用注射用水8～10ml稀释后，由导管内注入，注毕后再注入注射用水1ml，使药液全部推入宫腔，拔出导管。

注药后孕妇须平卧或高臀位仰卧半小时。注药1次，引产有效率为85%～90%。注药引产时间为24～48h。胎盘残留率略高，占8%左右。如有大块蜕膜组织残留，宜行清宫术。注药2d或胎膜早破24h后，仍无宫缩，可加用催产素静滴。如1次引产失败，3d后可重复注药(羊膜腔内或腔外注射)。如已有阴道流血，不宜再经阴道注药，可引用钳刮术。

【副反应】

(一)发热及寒战：往往发生在宫缩强时，程度轻重不一，一般可自行消失。宫缩开始后，肌注ACTH 60u可降低其发生率。另外，可采用保暖、吸氧、口服或肌注非那根或静注地塞米松5mg等措施。

(二)注药后多数孕妇血白细胞有暂时性增高，其他偶尔有出现少量尿蛋白或SGPT增高者，数日内均可自然恢复。

【注意事项】

(一)莞花蓝结晶对组织有一定刺激性，故不宜肌肉注射。再次给药均须用注射用水稀释到8～10ml。羊膜腔内注药后，穿刺针应再抽吸羊水冲洗，并插入针芯后，一并取出，以防药物漏出。

(二)由于引起的宫缩较强，引产对象宜在妊娠24周以下，宫颈发育

差者忌用。

(三)用药剂量应控制在0.07～0.08mg/次。

(四)注药后要严密观察血压、脉搏、体温、宫缩及产程情况,宫缩过强时,需及时了解宫颈口开放情况及阴道穹窿是否膨出。如宫颈口不能相应扩张;可静滴普鲁卡因(1%普鲁卡因40～50ml加入5%葡萄糖液500ml)有抑制宫缩作用。静注哌替啶50mg、肌注哌替啶100mg和东莨菪碱0.3mg或用1%普鲁卡因局封子宫颈,均有利于子宫颈开放。

(五)胎儿排出后,为防止子宫收缩不良,应常规肌注催产素10～20u,必要时加入少量葡萄糖液静注或静滴。

(六)胎盘滞留伴有出血时,需随时行钳刮术取出胎盘。若有小块胎盘残留,伴有阴道出血时应立即行清宫术,如缺损面积小,阴道流血少,可在24h后行刮宫术,此时子宫已缩复,刮宫效果好,出血量少。

(七)产后宜常规行阴道检查,如有软产道损伤,应及时修补。

前列腺素中期妊娠引产

将前列腺素(PG)或类似物经羊膜腔内、腔外注射,肌肉注射、静脉滴注或阴道塞药,均可引起子宫平滑肌强烈的收缩,对妊娠子宫尤为显著;但各期妊娠子宫对前列腺素作用的敏感性不一样,妊娠晚期最敏感,中期次之,早期较差,因此早、中期妊娠引产需用PG剂量约10倍于足月妊娠引产所需者。此法引产安全有效,给药途径多样化,引产时间短;但羊膜腔内及肌注给药时,胃肠道反应较大,宫缩较强,须防止子宫颈撕裂。这种方法的药源少,价格昂贵,应用于中期妊娠引产的PG主要是PGE、PGE_2和$PGF_{2\alpha}$。PGE_2较$PGF_{2\alpha}$强10～40倍。近年来采用其化学合成类似物,作用更强,有效率更高。

【禁忌证】

(一)心脏病患者,急性肝、肾疾病患者,严重贫血者,胃肠道功能异常或电解质紊乱者,青光眼、癫痫等患者禁用。

(二)哮喘患者禁用$PGF_{2\alpha}$及其类似物。

(三)血小板减少者禁用PGE及其衍生物。

(四)子宫畸形、子宫壁有瘢痕者禁用羊膜腔内给药,以防子宫破裂。

(五)急性阴道炎或宫颈炎患者禁用于宫腔内给药法。

【用法】

(一)羊膜腔外注药法:适用于妊娠11～15周。

1.羊膜腔外分次注药法:宫腔内插入直径1mm左右、长40cm的塑料导管至近宫底外,经导管每次注入PGE_2 50～200ug或$PGE_1$300ug;或$PGF_{2\alpha}$250～750ug,稀释成1ml,第1次注入0.5ml试验量,5min后如无反应再给0.5ml,以后视宫缩情况每隔2h自导管给药1次,直到流产。每次注药后应再注入生理盐水2ml,使导管中的PG全部进入宫腔。导管可固定在一侧腹股沟处,阴道内须填塞纱布防止塑料管滑出。

给药3～4h后,加用催产素静滴(2u/100ml),滴速20～40mu/min,可节省PG用量、缩短引流产时间;尤其胎膜早破或导管滑脱时,加用催产素静滴可减少失败率。

此种给药法的引产成功率高(90%～100%),用药量小(约为羊膜腔内注射量的1/10),副作用小,但须多次注药,宫腔感染机会稍多。

2.羊膜腔外单给给药法:

(1)水囊释放法:可用专制水囊,在水囊顶用7号注射头戳4个小孔,水囊置入宫腔内,将2.5m g PGE加入400ml生理盐水中注入水囊。子宫收缩时压挤水囊,使囊内压力增大,PGE即不断自顶端小孔释出。因此除水囊本身的引产作用外,尚有PGE促使子宫收缩的作用。其效果与羊膜腔外分次注药相近,但可免除重复注药的缺点。

(2)长效PG类似物羊膜腔外单次注射法:用15－甲基$PGF_{2\alpha}$ 500～780ug或15－甲基$PGF_{2\alpha}$甲脂1mg单次注入宫腔内羊膜腔外。方法简便,但成功率较低,约为80%。

(三)羊膜腔内注药法:将$PGE_2$17～20mg、$PGF_{2\alpha}$40～50mg或15－甲基$PGF_{2\alpha}$1～2.5mg注入羊膜腔内。如无效至少在注射后6h再重复第2次。成功率可达90%～100%,全身副反应亦小。但用药量大,妊娠＜16周时羊膜囊小,注药困难,且宫缩过强,宫颈撕伤机会较大。如加用尿素80g,则仅须$PGE_2$2.5mg或$PGF_{2\alpha}$20mg即可达满意效果。

(四)肌肉注射法:天然PG能产生注射部位疼痛,不适于肌注,故采用其类似物15(s)15－甲基$PGF_{2\alpha}$250～500μg或15(s)15－甲基PGE_2甲脂15μg,每2～4h注射1次,成功率80%～100%。此法给药方便,宫腔感染机会少。适用于妊娠11～15周以及中期妊娠伴胎膜早破、稽留性流

产或其他中期妊娠引产失败的孕妇；但呕吐、腹泻等胃肠道反应大，且需多次注射。

（五）阴道给药法：可用15(s)15－甲基$PGF_{2\alpha}$甲脂1.5mg，每3h1次，成功率在90%以上。此法给药方便，但用药量大，需多次给药，且胃肠道副反应较大。

（六）静脉滴注法：用PGE_2 5～10μg/min或$PGF_{2\alpha}$50～100μg/min静滴。由于剂量大，消化道副反应亦大。

【术后处理及注意事项】

（一）卧床休息，可防止宫腔内导管或阴道内药物脱落。

（二）定时（每4h 1次）测量体温、脉搏、血压。重复注药者，给药前后10～15min测血压。

（三）呕吐、腹泻等胃肠道副反应，以$PGF_{2\alpha}$及其衍生物15－甲基$PGF_{2\alpha}$，以及肌注给药法时发生率较高。可在给药同时口服止泻宁（复方苯乙哌啶1～2粒，3次/d）、复方樟脑酊、奋乃静、维生素B_6或肌注灭吐灵，以减少其发生率或减轻症状。

（四）寒战多发生于大剂量羊膜腔外注药法，常在注药后10min内开始宫缩。其他注药方法，宫缩可在15min或1h后出现。如发现宫缩过强或强直性宫缩，应立即停药或调节药物剂量。宫缩过强可肌注阿托品、吗啡、哌替啶等。强直性宫缩可静滴10%酒精（注射用），用量按宫缩情况而定，一般不超过50ml。也可刺破胎膜以减低子宫张力，防止子宫破裂或宫颈撕裂。

（五）为避免室温下药物活性降低，在注药期间，应将已稀释备用的PG置于冰箱或冰壶中保藏。

（六）PG静滴时，注射局部会出现红斑，停药后迅速消失，不必处理。

第六章　儿科

第一节　诊疗技术

头皮静脉输液

【输液前准备】

同周围静脉输液。核对与药液检查，准备输液器。另备头皮针（有各种型号），一般患儿选用4～5 $\frac{1}{2}$号，还需10ml注射器（内盛等渗盐水）和备皮用物。

【操作方法】

（一）剃去局部头发。由助手固定患儿肢体和头部，操作者立于患儿头侧选择静脉，用注射器接上头皮针（或直接接输液器的玻璃接头上），排尽空气。

（二）用70%酒精消毒局部皮肤，待干。

（三）仔细寻找适当的静脉做穿刺，注意和动脉相鉴别。行静脉穿刺时，如误注入动脉，则回血呈冲击状，推药液时阻力较大，且局部迅速可见呈树枝分布状苍白，有反应的患儿，可出现痛苦貌或尖叫。

（四）用左手拇指、食指分别固定静脉两端，右手持针沿静脉向心方向平行刺入，如见回血，用3条胶布固定针头，即第1条固定针头，第2条交叉固定，第3条将塑料管盘曲后固定。

（五）接上液体后，按病情和年龄调整速度。

【注意事项】

（一）严格执行无菌操作和查对制度，加药时注意配伍禁忌。

（二）随时观察输液速度，并按计划进行调整。

(二)注意输液过程中的反应。

股静脉穿刺术

【术前准备】

注射盘内放 10ml 或 20ml 干注射器、输液或输血用药、试管。

【操作方法】

(一)患儿仰卧,穿刺侧肢体稍外旋外展,其臀部稍垫高,由助手固定。

(二)选择穿刺部位。股静脉位于股三角内,腹股沟韧带下、局部常规消毒,待干。

(三)术者洗手后用 2% 碘酒和 70% 酒精消毒左手食指。左手食指扪清股动脉搏动明显处,右手持注射器在搏动明显处内侧垂直刺入或在距腹股沟韧带下 1～3cm 处沿着股动脉内侧与皮肤成 30°～45°角向前向下刺入,回抽见血(即左手固定针头,右手抽血)。若无回血,可将针头退至皮下,调整方向或深度,再行刺入,边抽边退,直至回血为止。

(四)拔出针头后,以无菌棉球紧压穿刺点直至止血为止。

【注意事项】

(一)术前令患儿排尿,以免污染消毒区。

(二)严格无菌操作规程,防止感染。

(三)如抽出鲜红色血液,即提示穿入动脉内,应立即拔出针头,紧压穿刺处 5～10min,直至无出血为止。

(四)抽血完毕,局部用无菌棉球或纱布压迫数分钟,以免引起局部出血或形成血肿。

第二节　预防接种

预防接种就是应用免疫学原理,人为的使机体对某种特殊传染病原(细菌、病毒等)产生特殊性免疫力的一种预防保健手段。此类免疫是机体在接触抗原后自身产生的,故称主动免疫法。

(一)禁忌证:

1. 免疫缺陷病。

2. 慢性消耗性疾病。

3. 长期应用肾上腺皮质激素及免疫抑制剂。

4. 急性传染病及其恢复期，或患有心、肝、肾疾患及活动性结核病者。

5. 有过敏史及变态反应性疾病者。

(二)接种反应：

1. 局部反应，即接种部位发生红、肿、热、痛炎症现象，往往出现在接种后 12～72h。

2. 全身反应，如发热、头痛、头晕、恶心、寒战、乏力和周身不适。少数出现加重反应，更有少数出现超敏反应、活苗造成的感染扩散、预防接种脑病等。

第三节　小儿脱水及液体疗法

脱水是指液体总量，尤其细胞外液量的减少。由于摄入的水量不足和(或)丧失量过多引起。脱水时除失水外，还损失钠、钾和其他电解质。

【诊断要点】

(一)按脱水程度分 3 度。

1. 轻度脱水：失水量(指发病后累积的体液损失量)约占体重的 5%。患儿精神稍差，略有烦躁不安。皮肤稍干燥，弹性尚好。眼窝和前囟稍凹陷，哭时有泪，口唇略干，尿量稍减少。

2. 中度脱水：失水量占体重 5%～10%。精神萎靡或烦躁不安。皮肤干燥，弹性稍差。眼窝及前囟明显凹陷。哭时泪少。口唇干燥，四肢稍冷，尿量明显减少。

3. 重度脱水：失水量占体重的 10%以上。精神极度萎靡，表情淡漠，昏睡甚至昏迷。皮肤发灰或发花纹，干燥，弹性极差。眼窝前囟深凹，哭无泪，口唇极度干燥，心音低钝，血压下降，四肢厥冷，尿量极少或无。

(二)按脱水性质分 3 种。根据水和电解质(主要是钠离子)丢失比例不同，分等渗性、低渗性和高渗性。

1. 等渗性脱水：水和电解质成比例的丢失。常由于呕吐、腹泻、胃肠

引流、进食不足或急性感染伴高热等引起。临床上表现为一系列的脱水症状，血清钠浓度为 130～150mEq/L。

2. 低渗性脱水：指失电解质(主要指钠)的比例大于失水。血清钠浓度＜130mEq/L。常由于营养不良、长期腹泻，以及在治疗脱水过程中输入大量葡萄糖溶液而输入含钠液较少所致。脱水征严重，常伴循环障碍、休克，甚至出现嗜睡、昏迷等。

3. 高渗性脱水：失水＞失电解质。血清钠浓度＞150mEq/L。常有呕吐、腹泻、高热、大汗或补充电解多而补水分少的病史。脱水征较轻，但由于细胞内脱水，可出现高热、烦躁甚至惊厥。

(二)电解质及酸碱失衡：

1. 代谢性酸中毒：

(1)见于各种原因引起体内碱性物质大量丢失，如腹泻、肾小管性酸中毒及酸性物质摄入过多，酸性代谢产物产生过多或排泄障碍等引起。

(2)表现为烦躁不安，呼吸深快，呼气中有酮味(6 个月以下小儿不明显)，口唇樱红。

(3)血浆 CO_2CP 和 pH 值下降。

2. 低钾血症：

(1)常见于钾的摄入不足(禁食、少食或补液时未加钾盐)；丢失过多(吐、泻、应用利尿剂主糖皮质激素等)；分布异常，如输入大量葡萄糖液等。

(2)表现为精神萎靡、肌肉无力、腹胀、心音低钝、心律紊乱、肠鸣音和腱反射减弱或消失。

(3)心电图可见 S－T 段下降，Q－T 间期延长及 T 波低平、倒置或出现 U 波。

(4)血钾＜3.5mmol/L。

3. 低钙、低镁血症：

(1)腹泻患儿进食少，吸收不良，从大便丢失钙、镁；或在脱水和酸中毒纠正后，出现手足搐搦、喉痉挛、肌肉震颤甚至惊厥。

(2)血清钙＜4.5mmol/L 或血清镁降低(正常值为 0.74～0.99mmol/L)。

(3)注射钙剂无效时，注意低镁血症。

【治疗】

(一)婴儿腹泻的补液：

1. 口服补液：适用于中度以下脱水患儿，主要是补充累积损失。常采用世界卫生组织推荐的口服补液盐。配方：氯化钠 3.5g、碳酸氢钠 2.5g、氯化钾 1.5g、葡萄糖 20g，加水至 1 000ml。轻度脱水为 50ml/kg 体重；中度脱水为 100ml/kg 体重，在 4～6h 内服完。

2. 静脉补液：适用于中度以上脱水、吐泻重或腹胀者。输液前应计算输液总量、液体性质及输液速度。

(1)补液总量：轻度脱水每日为 90～120ml/kg 体重，中度脱水每日为 120～150ml/kg 体重，重度脱水每日为 150～180ml/kg 体重。

(2)液体性质：①等渗性脱水补 1/2～2/3 张含钠液(3:2:1 或 4:3:2 液)；②低渗性脱水补 2/3 张含钠液(4:3:2 液)；③高渗性脱水补 1/3～1/8 张含钠液。

3. 输液速度：

(1)轻、中度脱水：全日量之一半在 8～10h 内输入，另一半在后 14～16h 内输入。

(2)重度脱水：先扩容，以 2:1 液即生理盐水 2 份，等渗碱溶液 1 份，按 20ml/kg 体重(最大量不超过 300ml)计，在 30～60min 内推入或快速静滴，然后再将余量于 8～10h 输完。

4. 纠正酸中毒：轻、中度酸中毒无需另外补充，重度代谢性酸中毒可按 5% 碳酸氢钠 5ml/kg 体重提高 CO_2CP 10 容积% 补给。

5. 纠正低钾血症：有尿后才能补钾，按每天日～4mEq/kg 体重(相当于氯化钾每日 200～300mg/kg 体重)分次口服。静脉补钾浓度不超过 0.3%，缓慢滴入，以全日量不得少于 6～8h 输入为宜。绝对不能将氯化钾静脉推注。

6. 纠正低血钙、低镁血症　出现低钙表现时，用 10% 葡萄糖酸钙 5～10ml 加 10% 葡萄糖液 10ml，缓慢静脉注射。低镁血症时可每次用 25% 硫酸镁 0.1～0.2ml/kg 体重，2～3 次/d，肌注。

(二)婴幼儿肺炎补液：

1. 轻型肺炎：以口服补液为主。重症肺炎一般按每日 60～80ml/kg 体重补给；多用 1/4～1/5 张含钠液。

2. 肺炎合并婴儿腹泻：按婴儿腹泻脱水补液原则处理。输液总量及含钠液量各减1/3～1/4。

3. 补液速度宜慢，约按每小时5ml/kg体重。

4. 混合性酸中毒者在补碱同时，注意改善通气和换气功能。

(三)营养不良伴腹泻的补液：

1. 补液量应较同等程度脱水补液量减少1/3，速度宜慢。

2. 常为低渗性脱水，用2/3张含钠液。

3. 注意补钾，补充时间要长，一般为5～7d。

4. 如肝功能较差，纠酸一般用碳酸氢钠。

5. 应及时补钙、补镁。

(四)新生儿补液：

1. 新生儿脱水、酸中毒症状常不明显，应结合病史做到早期诊断、及时纠正。

2. 3d内新生儿所需热量及水量较少，按每日每公斤体重计算，热量为125.6～167.4kJ(30～40kcal)，水量为40～80ml；生后4～7d热量为209.3～251.2kJ(50～60kcal)，水量为80～100ml；7d后热量为418.7～502.3kJ(100～120kcal)，水量为120～150ml。

3. Na^+、K^+、Cl^-需要量一般为每日0.5～3mmol/kg体重，生后2d内不给钠盐，可以按1/5～1/10张补给。新生儿血钾偏高，生后10d内可不补钾，如确有缺钾，静脉补钾浓度不超过0.15%。

第四节　婴儿喂养

(一)母乳喂养：母乳是婴儿最理想食品，尤其对6个月以下的小儿。母乳有许多优点：

1. 母乳营养丰富，易消化吸收，所含蛋白质、脂肪、糖的比例适当。含白蛋白多，易消化吸收；还有较多的乳铁蛋白和溶菌酶；含脂肪颗粒小，易消化；含不饱和脂肪酸多，营养价值高；含乳糖多，又以乙型乳糖为主，有利于乳酸杆菌生长，抑制大肠杆菌，减少腹泻。

2. 钙、磷比例适宜(2:1)，易吸收。

3. 母乳缓冲力小，对胃酸中和作用弱，对消化有利。

4. 含有免疫球蛋白、T 和 B 淋巴细胞、巨噬细胞和粒细胞，有增强婴儿免疫力作用。

5. 含消化酶，如脂肪酶、淀粉酶等。

6. 母乳喂养能增进母子感情。

现多主张在正常分娩、母婴情况良好的条件下、早期开始喂奶。新生儿出生后 2h 或 4～6h 即可开始喂奶，每 3～4h 喂奶 1 次，每昼夜 6～7 次，4 个月时 5～6 次。每次哺乳时间为 15～20min。完全断奶以 10～12 个月为宜，最迟可到 1 岁半。

(二)人工喂养：因不得已的原因完全用兽乳或其他代用品喂养婴儿者，称人工喂养。

1. 鲜牛奶：生后 1～2 周内小儿用 2:1 乳(鲜牛奶 2 份加水 1 份)，逐渐增加到 3:1 或 4:1，至 1～2 个月，可不稀释。上述乳汁都加 5%～10% 糖。婴儿所需热量为每日 100～110cal/kg 体重，水量为 150ml/d，全日总奶量以不超过 700ml 为宜。全日乳量分 5～6 次喂给。

2. 奶粉：全脂奶粉按容量比例为 1:4 或按重量 1:8，冲调后即等于全奶。

3. 混合喂养：母乳不足并用牛、羊乳或其他植物性代乳品喂养时称为混合喂养。可在每次哺乳后补充授食(补授法)，也可每天喂哺数次代替母乳(代授法)，其余哺母乳。全日喂哺母乳次数不宜少于 3 次。以补授法较好。

4. 辅食品的添加：不论采用何种喂养方式，均应随婴儿生长、发育和消化功能的成熟及营养的需要逐步添加辅食。添加辅食应遵循由少到多，由稀到稠，由细到粗，由一种到多种的原则。应在婴儿健康，消化功能正常时添加(表 6－4－1)。

表 6－4－1　添加辅食的顺序

月龄	添加辅食
1～3 月	菜汤、米汤、水果汁、鱼肝油
4～6 月	米糊、稀粥、蛋黄、鱼泥、菜泥
7～9 个月	粥、烂面、碎菜、蛋、鱼、肝泥、肉末、豆腐、饼干、馒头片、熟土豆
10～12 个月	粥、软饭、挂面、豆制品、碎菜、碎肉、带馅食品等

第五节　生长发育

（一）体格生长：

1. 体重：是各部重量的总和，是反映营养状况的最易获得的指标。足月新生儿平均体重约 3.0kg。年龄愈小，体重增长愈快，一般可按下列公式推算：

$$1\sim6\text{m 体重(kg)} = \text{出生体重} + \text{月龄}\times0.6$$

$$7\sim12\text{m 体重(kg)} = \text{出生体重} + \text{月龄}\times0.5$$

$$1\sim10\text{ 岁体重(kg)} = \text{年龄}\times2+8$$

10 岁以后体重应进行实际测量

2. 身长：是反映骨骼发育的重要指标。出生时平均为 50cm，初生前半年平均每月增长 2.5cm，后半年平均每月增长 1.5cm，1 周岁约为 75cm。2 周岁时达 85cm。2 岁以后平均每年长 5cm。2 岁以后平均身长可按以下公式推算：

$$\text{身长(cm)} = \text{年龄}\times5+75$$

青春期身长的增长速度加快，12 岁以后不能按上式推算。

3. 头围：自眉弓上方最突出处经枕后结节绕头 1 周的长度为头围。初生时头围平均 34cm，6 个月 42cm，1 岁为 46cm，2 岁为 48cm，5 岁为 50cm，15 岁接近成人，为 54～58cm。

4. 胸围：平乳头绕胸 1 周的长度为胸围。应取呼气和吸气的平均值。初生时平均为 32cm，1 岁时胸围和头围大致相等，1 岁后胸围超过头围，其差数约等于小儿的岁数。

5. 腹围：平脐绕腹 1 周的长度为腹围。小婴儿以剑突和脐的中点为准，平此点绕腹 1 周。出生到 2 岁前腹围和胸围约相等，2 岁后腹围较胸围小。

（二）骨骼的发育：

1. 颅骨：后囟在初生时已关闭或很小，一般生后 6～8 周闭合。骨缝在初生时可稍分开，至 3～4 个月时闭合。前囟于 1～1.5 岁时闭合。

2. 脊柱：新生儿脊柱为直的，生后 3 个月能抬头时，颈部脊柱前凸，

出现第1弯曲;6个月龄会坐,出现第2弯曲,即胸部脊柱后凸;1岁会走时腰部脊柱前凸,出现第3弯曲。6～7岁时这些弯曲才为韧带所固定。

3. 骨化中心:用X线照片检查腕部骨来说明骨骼发育程度。正常婴儿于出生6个月后出现头骨和钩骨,到3～4岁时出现三角骨,4～6岁时出现月骨及大、小多角骨。桡骨远侧端骨化中心于6个月时出现,尺骨远端则到6～8岁才出现。1岁时在腕部已有2～3个骨化中心,3岁时有4个,6岁时有7个,8岁时有9个,10岁时全出现,共10个。6～8岁前腕部骨化中心数约为其岁数加1。

4. 牙齿的发育:

(1)乳牙萌出乳牙共20个,约6个月(4～10个月)时开始萌出,最晚2～2.5岁出齐,2岁以内乳牙总数等于月龄减4～6。

(2)恒牙萌出:恒牙共32个,6岁时在第2乳磨牙后面萌出第1磨牙(称6岁牙),以后按乳牙萌出顺序脱落并代之以恒牙;至12岁时在第1磨牙后面出第2磨牙(称12岁牙),第3磨牙在17～18岁时萌出。

(三)神经系统发育过程:小儿神经精神发育过程见表6－5－1。

表6－5－1　小儿神经精神发育过程

年龄	粗细动作	语言	适应周围人物的能力与行为
新生儿	无规律不协调动作,紧握拳	能哭叫	铃声使全身活动减少
2月	直立位及俯卧位时能抬头	发出和谐的喉音	能微笑,有面部表情,眼随物转动
3月	仰卧位变为侧卧位,用手摸东西	咿呀发音	头可随看到的物品或听到的音声转动180°,注意自己的手
4月	扶着髋部时能坐,可以在俯卧位时用两手支持抬起胸部,手能握持玩具	笑出声	抓面前物件,自己弄手玩,见食物表示喜悦,较有意识的哭和笑
5月	扶腋下能站得直,两手各握一玩具	能喃喃地发出单调音节	伸手取物,能辨别人声,望镜中人笑
6月	能独坐一会,用手摇玩具		能认识熟人和陌生人,自拉衣服,自握足玩

续表

年龄	粗细动作	语言	适应周围人物的能力与行为
7月	会翻身，自己独坐很久，将玩具从一手换入另一手	能发出"爸爸"、"妈妈"等复音，但无意识	能听懂自己的名字，自握饼干吃
8月	会爬，会自己坐起来，骑下去，会扶着栏杆站起来，会拍手	重复大人所发简单音节	注意观察大人的行动，开始认识物体，两手会传递玩具
9月	试独站，会从抽屉中取出玩具	能懂几个较复杂的词句，如"再见"等	看见熟人会把手伸出来要人抱，或与人合作游戏
10~11月	能独站片刻，扶椅或推车能走几步，拇食指对指拿东西	开始用单词，一个单词表示很多意义	能摹仿成人的动作，招手"再见"，抱奶瓶自食
12月	独走，弯腰拾东西，会将圆圈套在木棍上	能叫出物品名字，如灯、碗，指出自己的手、眼	对人和事物有喜憎之分，穿衣能合作，用杯喝水
15月	走得好，能蹲着玩，能叠1块方木	能说出几个词和自己的名字	能表示同意不同意
18月	能爬台阶，有目标地扔皮球	能认识和指出身体各部分	会表示大小便，懂命令，会自己进食
2岁	能双脚跳，手的动作更准确，会用勺子吃饭	会说2－3字构成的句子	能完成简单的动作，如拾起地上的物品，能表达喜、怒、怕、懂
3岁	能跑、会骑三轮车，会洗手、洗脸，脱穿简单衣服	能说短歌谣，数几个数	能认识画上的东西，认识男女、自称"我"，表现自尊心、同情心、怕羞
4岁	能爬梯子，会穿鞋	能唱歌	能画人像，初步思考问题，记忆力强，好发问
5岁	能单腿跳，会系鞋带	开始识字	能分辨颜色，数10个数，知物品用途及性能
6~7岁	参加简单劳动，如扫地、擦桌子、剪纸、泥塑、结绳等	能讲故事，开始写字	能数几十个数，可简单加减，喜独立自主，形成性格

第六节　儿科常见疾病

新生儿黄疸

黄疸是新生儿期常见的临床症状，原因很多，故首先要区分黄疸是生理性还是病理性，见表 6 ·6－1。

(一)生理性黄疸：在生后 2～3d 出现，4～6d 达高峰，足月儿于 10～14d 内消退，早产儿持续时间可达 3～4 周。血清胆红素在足月儿低于 221μmol/L，早产儿低于 257.5μmol/L，为暂时性，可自然消退，不伴有临床症状。

(二)病理性黄疸：凡黄疸出现过早(生后 24h 内)、程度过重(血清胆红素足月儿＞221μmol/L，早产儿＞257.5μmol/L)、消退过迟(足月儿＞2 周，早产儿＞4 周)、黄疸退而复现或进行性加重，以及黄疸伴有全身症状者，均为病理性黄疸。

(三)中医治疗：

1. 湿热胎黄：症同前述。或伴发热，烦躁，啼哭，呕吐腹胀，指纹青，舌红、苔黄，脉数。治法：清热利湿退黄。方药：茵陈蒿汤加减。

2. 邪毒胎黄：症同前述。伴发热起伏，烦躁喘促，拒食，抽搐或昏迷，舌绛、苔黄，指纹紫直射三关。治法：清热解毒，凉血退黄。方药(犀角散加减：水牛角、黄连、山栀、茵陈、天麻)。抽搐昏迷者，可加紫雪丹、安宫牛黄丸。

3. 瘀血胎黄：症同前述。但黄色较深且晦暗，食少体瘦，腹部膨隆，腹内有痞块，舌暗、苔黄，指纹紫滞。治法：活血化瘀，养肝健脾。方药：逍遥散合血府逐瘀汤加减。

4. 脾湿胎黄：症同前述。食少体瘦，大便稀薄，四肢欠温。指纹色淡。治法：温中健脾化湿。方药：茵陈理中汤加减。

(四)单验方：

1. 消黄利胆汤：茵陈 15g，炙大黄、泽泻各 3g，茯苓、金钱草各 9g，栀子 6g。水煎至 100ml，少量频服。

2. 茵陈 10～15g、郁金 6～8g、鸡内金 6～8g，用水煎 80～100ml，1剂/d。

3. 赤小豆 7 粒，甜瓜蒂、丝瓜蒂各 7 个，白矾少许。共研细末，过筛，用鲜茵陈汁调拌成糊。用药糊填满脐孔，纱布固定。每天换 1～3 次，勤贴频换，直至黄退为止。

表 6－6－1　新生儿黄疸鉴别

原　因	出现时间	临床特点及辅助检查
生理性黄疸	2～3d	正常新生儿，血清胆红素＜221～257.5μmol/L
新生儿溶血症	1～2d	出现早，进展快，进行性贫血，肝、脾肿大，可有家族史、母婴血型不符、血型抗体阳性
葡萄糖－6－磷酸－脱氢酶（G－6－PT）缺乏症	2d～2周	华南地区较多。窒息、药物（维生素 K_3、呋喃类、磺胺类、解热类及接触萘）等常为诱因。高铁血红蛋白还原率测定＜75%或高铁血红蛋白玻片洗脱法阳性，血涂片找到变性珠蛋白（Heinz 小体）。G－6－PT 活性降低。
新生儿败血症	1周左右	有发热、精神萎靡等表现，可有感染灶，白细胞增高或减少，粒细胞有中毒颗粒，血培养可阳性。早期感染以间接胆红质升高为主，晚期以直接胆红质升高为主。
新生儿肝炎	2～3周	起病缓慢，大便色泽可有动态变化，肝脏轻或中度肿大，黄疸波动，激素治疗后血清胆红素多能下降，^{131}碘玫瑰红排泄试验＞10%，AKP 值升高，其他查 HB_sAg、尿中找巨细胞包涵体。
胆道闭锁	数天至2周	黄疸进行性加重，大便呈陶土色，肝肿大明显，激素治疗无效，^{131}碘玫瑰红排泄试验＜10%。

新生儿溶血症

新生儿溶血症可由多种原因引起，包括同族免疫性、红细胞膜缺陷、红细胞酶缺乏及感染等。其中以同族免疫性溶血（ABO、Rh 血型不合）最

重要。

【诊断要点】

(一)ABO 血型不合:最常见,以母 O 型、胎儿 A 或 B 型多见,第 1 胎即可发病。Rh 血型不合少见,主要见于母 Rh 阴性,胎儿 Rh 阳性,第 2 胎后才发生溶血(若母体接受过 Rh 不合血型的输血,则第 1 胎即可发病)。

(二)黄疸:常于生后 24h 内或第 2d 出现,并在 48h 内迅速加重。

(三)贫血:轻者不易察觉,重者可导致心力衰竭。

(四)胎儿水肿:由于溶血所致,严重者出现心力衰竭、全身水肿甚至死胎。

(五)肝脾肿大。

(六)神经系统症状:当间接胆红素 > 30.8μmol/L 时,可发生核黄疸。早期表现为嗜睡、吸吮反射减弱或肌张力减低;极期有两眼凝视、肌张力增高甚至角弓反张等。病死率极高,幸存者多留有神经系统后遗症。

(七)实验室检查:

1. 血清胆红素(主要是间接胆红素)升高,可有红细胞及血红蛋白降低,有核红细胞升高。网织红细胞升高。

2. 血型鉴定:了解母婴 ABO 或 Rh 血型是否不合。

3. 抗人球蛋白试验可阳性。

【治疗】

其目的是防治因高胆红素血症引起的核黄疸,纠正严重贫血及心力衰竭。

(一)光照疗法:多采用蓝色荧光灯(波长为 420～470nm),此外绿光、普通日光灯均可退黄。光疗时双目用黑布或黑纸保护,除外阴、肛门部用尿布外,全身赤裸,补充液量和核黄素。光疗能减少换血次数,但不能完全替代换血。

(二)药物治疗:

1. 酶诱导剂:以诱导肝细胞葡萄糖醛酸转移酶活性,如苯巴比妥 5～8mg/kg 体重或尼可刹米 100mg/kg 体重,分次口服。

2. 肾上腺皮质激素:强地松每日 1～2mg/kg 体重,氢化可的松每日 10～20mg/kg 体重。

3．白蛋白：每次剂量为1g/kg体重，1～2次/d，心力衰竭者须控制后慎用。

4．中药：以茵陈蒿汤为主。

（三）换血疗法：换出抗体和致敏的红细胞，阻止溶血进一步发展，换出胆红素，防止核黄疸，纠正贫血。凡产前确诊溶血症、出生时有严重症状，血清中胆红素超过342μmol/L（20mg/dl）或每日上升的胆红素浓度超过85μmol/L（5mg/dl）且以未结合胆红素升高为主者，以及出现早期胆红素脑病者，均可应用此种疗法早产儿以及前一胎有死胎、全身水肿、严重贫血史者可放宽换血指征。换血量通常为患儿全血量的2倍，换血过程中每次更换的血量为10～20ml，不能超过总换血量的10%。

新生儿颅内出血

新生儿颅内出血是新生儿期常见病，主要由机械性损害或缺氧引起，少数为出血性疾病或颅内先天性血管畸形所致。

【诊断要点】

（一）产时或产后有缺氧、窒息或产伤史。

（二）生后有烦躁、不安、脑性尖叫、局部或全身性痉挛等兴奋性表现；或出现嗜睡、昏迷、肌张力低下、拥抱反射减弱或消失等抑制性症状。

（三）前囟饱满或隆起，瞳孔大小不等，对光反应消失。

（四）少数脑积液呈血性或黄色液体，均匀一致，新鲜脑脊液有皱缩红细胞。因腰穿可加重出血或诱发脑疝，故尽量不做。

（五）头颅CT、超声可明确出血部位。

（六）注意与新生儿脑膜炎鉴别。

【治疗】

（一）保持安静，尽量避免扰动，头部稍抬高并侧卧。必要时给安定每次0.3～0.5mg/kg体重，静脉慢注或肌注；也可用苯巴比妥每次5mg/kg体重。

（二）促进止血：可用维生素K_1 5mg肌注或静注，1次/d，连用3d。可试用安络血或止血敏。小量输新鲜血10ml/kg体重。

（三）降低颅内压：地塞米松静注或静滴（首剂1～2mg，以后每6h给0.5mg）。有脑疝先兆者可用甘露醇（每次1mg/kg体重）。

(四)硬脑膜下血肿者,应反复做硬脑膜下穿刺治疗。

(五)注意吸氧、保暖,以及维持水、电解质和酸碱平衡。

新生儿肺炎

新生儿肺炎一般分为吸入性与感染性2类,可单独存在或并存。

【诊断要点】

(一)吸入性肺炎:

1. 有引起吸入性肺炎的原因,如羊水、胎粪、乳汁或分泌物吸入。

2. 临床表现:羊水或(和)胎粪吸入性肺炎患儿有窒息史,复苏后呼吸不规则伴气促和青紫。胎粪可使婴儿指甲和皮肤黄染。乳汁或分泌物吸入性肺炎患儿喂乳时呛咳重,乳汁易从鼻孔中流出。食管闭锁的新生儿咽部有分泌物滚滚作响。肺部有湿啰音,但也可阴性。

3. X线表现:肺门影增浓,肺部有斑片状影,可伴肺气肿或肺不张,并可发气胸或纵隔气肿。

(二)感染性肺炎:

1. 有发生肺炎的病因,如初生前胎膜早破或产程过长、羊水污染、胎儿吸入。母亲患菌血症或病毒血症的血行感染或吸入被微生物污染的阴道分泌物。生后感染性肺炎主要由于与呼吸道感染患者有密切接触,或抢救时所用器械未严格消毒或新生儿本身患败血症致血行传播等。

2. 临床表现:多在生后3~4d后发病,症状常不典型,仅表现反应低下、不吃不哭、气促、青紫、口吐泡沫,体温往往不升,早产儿常呼吸暂停,出生2周以上者可有咳嗽、气喘、鼻扇及吸气三凹征,有时肺部可出现细小水泡音,亦可合并脓气胸等。

(三)实验室检查:鼻咽拭子培养及血培养有助于找病原菌,有条件者可做血气分析。

【治疗】

(一)供氧:紫绀者供氧,以先湿化后吸入为宜。必要时气管插管,使用呼吸机,持续正压给氧。

(二)蒸汽吸入,有利于分泌物排出。

(三)抗生素的应用:常选用青霉素G每日40万u/kg体重及氨苄青霉素每日200mg/kg体重静滴,必要时改用头孢唑啉或头孢硫咪。厌氧

菌感染静脉滴注灭滴灵等。

(四)有脑水肿者给地塞米松或甘露醇。

(五)支持疗法,纠正酸中毒。不能吃者静脉或鼻饲供给热量及液体量。酸中毒时注意改善通气,同时静脉滴入碱性溶液。

(六)有心力衰竭者,参考支气管肺炎章节使用强心剂。

(七)中医治疗:

1. 急性肺炎:肺炎早期,如属风寒者,可用三拗汤合葱豉汤或华盖散。如属风热者,轻证用银翘散;重证用麻杏石甘汤。病情加重,出现发热烦躁、喉中痰鸣及口唇紫绀时,可用五虎汤合葶苈大枣泻肺汤。若病情急转直下,面色苍白,呼吸浅粗,四肢厥冷,应以参附龙牡汤救逆。若患儿高热、神昏烦躁、四肢抽搐,可用羚角钩藤汤、牛黄清心丸。

2. 迁延性肺炎和慢性肺炎:肺炎后期,如属肺阴虚者,可用沙参麦冬汤加减;如属脾肺气虚者,可用人参五味子汤。

(八)针灸治疗:

1. 体针:取大椎、风门、陶道、定喘、合谷、肺俞。

2. 灸法:取肺俞、身柱、定喘、膻中。先用毫针刺入,得气后,用 2 寸艾卷插在针柄上,从下面点燃,燃尽后留针 10min,1 次/d。

3. 拔罐:取胸背部湿性啰音明显处拔罐。

4. 耳针:取肺、平喘、肾上腺、脑点。也可用埋针法。

5. 穴位注射:以肺俞为主,配膻中、孔最、尺泽、列缺。用 20% 双花注射液,每穴注入 1ml,隔日 1 次。

6. 割治:取鱼际、膻中。每次 1 穴,每周 1 次。

(九)贴敷:

1. 白芥子末、面粉各 30g,加水调和,用纱布包后敷贴背部,1 次/d,每次约 15min,至皮肤发红为止,连敷 3d。

2. 大黄、芒硝、大蒜各 15～30g,捣匀纱布包,敷于胸部。如皮肤未出现刺激反应,可连用 3～5d。

新生儿败血症

新生儿败血症是指致病菌进入血循环并在血液中繁殖,产生毒素而造成的全身性感染。可发生在胎内、产程及出生后。致病菌以葡萄球菌、

大肠杆菌最多见。近年来，B 族链球菌、厌氧菌亦受到重视。

【诊断要点】

（一）临床表现：无特异性，可反应低下、面色发灰、少吃少动、发热或体温不升。可有病理性黄疸、腹胀、肝脾肿大或出血倾向，亦可有感染灶。

（二）实验室检查：白细胞总数增多或减少，中性粒细胞可见中毒性颗粒与空泡，血培养可阳性。

【治疗】

（一）抗生素的选择：要足量、有效、联合应用。病原菌未明确前，选择抗生素要照顾到革兰阴性杆菌和阳性球菌的原则。如联合应用青霉素和氨苄青霉素。细菌明确后，要针对细菌的药物敏感试验用药。

（二）注意供给足够的热量、液量，保持水和电解质平衡，少量多次输血或血浆。必要时肌注丙种球蛋白，消除感染灶，防止休克、DIC 等。注意对其他并发症的处理。

新生儿硬肿症

新生儿硬肿症又称新生儿皮下脂肪硬化症、新生儿寒冷损伤综合征。多由寒冷、早产、感染、窒息等多种原因引起。

【诊断要点】

（一）本病多发生于生后 1 周，有受寒冷、感染、缺氧、脑功能不良史。尤以早产儿为多见。

（二）大多体温不升、不哭或哭声微弱、不吃少动或呼吸微弱。

（三）全身皮下脂肪聚积部位均可发生硬肿，先见于小腿、大腿外侧、臀部，并向上延及面颊、上肢甚至全身。受累部位按之似硬橡皮样，压之可凹陷。皮肤暗红或青紫、发冷。

（四）重症者常有休克、肺出血或 DIC。

【治疗】

采取综合疗法。

（一）复温：轻症可用缓慢复温法，放在 26～28℃ 室温中，身体周围置热水袋，使之自然复温。中、重症者先置 26～28℃ 室温中，每小时提高温箱 1℃，直至 30～32℃，使皮肤温度达 36℃ 左右。亦可因地制宜，采用恒温水浴法、辐射保温器复温法。在 12～24h 内使温度恢复正常。

(二)喂养：不能吸吮者，尽早使用滴管或鼻胃管喂养。

(三)抗生素：本症常有感染，故一般用青霉素、氨苄青霉素等。

(四)肾上腺皮质激素的应用：对严重病例可适当应用，短疗程、小剂量。常用地塞米松0.5～1mg/kg体重，1～2次/d，静脉滴入，连用3～5d。亦可用强的松，每日1～2mg/kg体重，分3～4次口服。

(五)维生素E：每日总剂量为15mg，分3次口服或1次肌注。

(六)能量合剂：酌情选用辅酶A、ATP、细胞色素C。

(七)出血的防治：有出血倾向者，可输新鲜全血或血浆20～30ml。维生素K_1 5mg，肌注或静注。防治DIC。

(八)改善微循环，纠正休克和酸中毒：

1. 扩容、纠酸：首先用2:1液15～20ml/kg体重于1h内静脉滴注，以后给生理需要量维持，按1/3～1/5张力液体输入。纠正酸中毒可用5%碳酸氢钠每日5ml/kg体重，用5%～10%葡萄糖溶液稀释成1.4%等张液缓慢静注。

2. 血管活性药的应用：常用多巴胺、酚妥拉明等。

(九)强心、利尿以减轻肺水肿：氨茶碱每次2～3mg/kg体重，速尿每次1～2mg/kg体重或毒毛旋花子甙K 0.007～0.01mg/kg体重，静脉缓慢注射。

(十)氧气吸入。

(十一)中药：复方丹参2ml加入10%葡萄糖溶液10～20ml中静脉滴注，1次/d。其作用为活血化瘀。

急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是小儿最常见的疾病。病毒引起者多见，约占原发感染的90%；细菌占10%左右。肺炎支原体亦可引起感染。

【诊断要点】

(一)起病急，有流涕、咳嗽、咽痛，发热或有或无，病情轻重相差很大。

(二)急性腹痛有时很剧烈，往往在疾病的早期出现，多位于脐周及其附近。可能由于肠蠕动亢进或肠系膜淋巴结炎所致。后者常有肌紧张，须与阑尾炎鉴别。

(三)年幼儿症状较重，可有发热、呕吐、腹泻、惊厥等。高热惊厥常在

起病后1～2d内发生，很少连续几次。

（四）急性扁桃体炎是急性咽炎的一部分，由病毒引起者，除扁桃体弥漫性红肿外，其表面可见白色干性滤泡渗出物；由链球菌引起者，显示滤泡性脓性渗出物。

（五）病毒感染引起的咽炎，有时在咽后壁可见淋巴滤泡充血、肿大或伴双侧颊粘膜散在出血点。

（六）实验室检查：

1．白细胞计数正常或减少，中性粒细胞可稍升高。变异淋巴细胞、粒细胞碱性磷酸酶或四唑氮蓝染色有助于区别细菌或病毒感染，必要时做咽拭子培养或涂片。

2．胸部X线检查无异常发现。

（七）常须与某些传染病的前驱期（又称上感期），如麻疹、水痘、猩红热、流行性脑脊髓膜炎相鉴别。

【治疗】

（一）适当休息，多饮水，进易消化的食物。

（二）控制感染：本病多为病毒感染，可用金刚胺每日4～8mg/kg体重，分2次口服，9岁前总量不超过150mg/d。亦可用病毒唑。细菌感染者可用磺胺药或抗生素。

（三）对症处理：高热时给物理或药物降温，必要时加用镇静止惊剂，以防止高热惊厥，如发生惊厥可参照小儿惊厥处理；如鼻塞时给0.5%～1%麻黄素、呋喃西林等滴鼻。

急性支气管炎

急性支气管炎常继发于上呼吸道感染，并为麻疹、百日咳等传染病的常见并发症。凡引起上感的病原体均可成为本病的致病原，所不同者，是细菌或细菌混合病毒感染较上感时的几率为多。

【诊断要点】

（一）起病急，大多先有上感的临床表现，后渐出现咳嗽加重，在胸部一侧或双侧或多或少可闻及中水泡音，当分泌物咯出后，水泡音可暂时减少。婴儿不会咳嗽，经常在咽喉部听到痰鸣。症状或轻或重，轻者无病容，重者可发热达38～40℃，疲乏，睡眠不安，食欲不佳，甚至有腹泻或腹

痛等。病程一般持续7～10d，发热先退，咳嗽有时可持续2～3周，并常复发。

（二）实验室检查：病毒感染早期，外周血白细胞总数及中性粒细胞偏高，大多在4d后降至正常范围以下。细菌感染者则大多增高，但严重病例也可减少。

（三）X线肺部检查：两肺纹理粗重为主。

【治疗】

（一）一般疗法：经常变更体位，使呼吸道分泌物易于排出。痰液过于粘稠时，应多进水分或湿化气道（蒸汽雾化吸入），以助排痰。其他治疗同上呼吸道感染。

（二）对症治疗：可用小儿止咳糖浆、复方甘草合剂、半夏露等以镇咳祛痰。干咳严重者，可酌情使用咳必清等。

（三）抗生素：病毒感染一般不用抗生素。但当有混合感染时、婴儿体弱、怀疑有肺炎时，可选用青霉素或其他广谱抗生素。

（四）中医及其他治疗：参见新生儿肺炎。

喘息样支气管炎

喘息样支气管炎为一临床概念，泛指一组有喘息表现的婴幼儿急性支气管感染而言。肺实质很少受累。常见于过敏性体质，婴儿有湿疹或其他过敏史者。

【诊断要点】

（一）发病年龄多在1～3岁小儿。

（二）常继发于上感后，有低热或中度发热，伴咳喘。

（三）肺部可闻及中小水泡音，但以哮鸣音为主，两肺过清音，肺界下移。

（四）经适当治疗5～7d后，上述症状减轻。预后良好，但常复发，4岁后随着免疫功能的改善，复发次数可减少，只有部分患儿有转为支气管哮喘的可能。

（五）须与毛细支气管炎、腺病毒肺炎（暴喘型）、婴幼儿哮喘症相鉴别。

【治疗】

(一)病因治疗：

1. 由感染引起者，应控制感染。

2. 与特异体质有关者，需积极寻找过敏原

(二)对症治疗：

1. 喘憋重者，可用下列药物：

(1)氨茶碱每次 3～5mg/kg 体重，加入 10% 葡萄糖溶液中静注，必要时 6～8h1 次。

(2)氟美松 0.5mg、异丙肾上腺素 1mg，加蒸馏水 30ml 雾化吸入。若有心动过速或心功能不全者，则不用异丙肾上腺素。

2. 痰液粘稠的处理：可用 α 糜蛋白酶雾化吸入。

(三)中医及其他治疗：参见新生儿肺炎。

支气管肺炎

支气管肺炎又称小叶性肺炎，是婴幼儿时期常见病，以冬春季多发，本病可为原发，亦可继发于某些传染病之后。细菌和病毒均可为病原体。

【诊断要点】

(一)起病多急骤，有发热、咳嗽、气促、呼吸困难等。小婴儿常有拒乳、呕吐、腹泻等消化道症状。

(二)体征可有呼吸频率加快，重者有青紫、鼻翼扇动、三凹征。双肺可闻及中小水泡音，症灶融合时出现实变体征

(三)重症肺炎常伴有呼吸性或代谢性酸中毒，并可有循环系统、神经系统功能障碍的相应临床表现。

(四)如并发心力衰竭，表现为呼吸困难突然加重，烦躁不安，面色苍白或紫绀、心率加快、心音低钝、肺部湿啰音增多、肝脏短期内迅速增大等。

(五)实验室检查：

1. 细菌性肺炎时，白细胞总数常增高，并有核左移及中毒性颗粒。病毒性肺炎时白细胞数大多正常或降低。

2. 血液中性粒细胞碱性磷酸酶活性测定，如积分低于 50，提示病毒感染的可能性，细菌性肺炎时，大多高于 200 以上。

3. 四唑氮蓝试验(NBT)：细菌感染时中性粒细胞吞噬作用增强，NBT 阳性细胞增多。如阳性细胞＞10%(正常＜10%)时提示细菌感染。病毒感染时则不增加。

4. 病原诊断依据：①血液或胸腔脓液培养阳性有诊断意义；②痰咽拭子培养阳性只能结合临床作为诊断参考。

5. 有缺氧者做血气分析。

6. X 线肺部检查：可见两肺沿支气管分布有点状、片状或斑片状炎性浸润阴影，以两下肺、心膈区及中内带分布较多。有时可见肺气肿或肺不张，少数可见胸腔积液。葡萄球菌性肺炎更多伴有肺脓疡、肺大泡甚至气胸等。病毒性肺炎则多为间质性肺炎。

【治疗】

(一)一般治疗：应充分卧床休息，室温宜 18～20℃，相对湿度 60%，空气新鲜，保证液体和营养摄入，对重症尤要注意支持疗法。

(二)控制感染：尽可能根据病原和药物敏感试验来选择抗生素，一般首选青霉素。病原体未明确的重症肺炎常联合应用青霉素和氨基苄青霉素；金葡菌肺炎须选用耐青霉素的苯唑青霉素、红霉素或头孢菌素族抗生素等；病毒性肺炎可试用病毒唑、中药及免疫增强剂。

(三)对症治疗：气促缺氧者，注意保持呼吸道通畅及吸氧；烦躁不安者用镇静剂；痰多粘稠者用祛痰药及超声雾化吸入。

(四)重症肺炎的治疗：除以上方法外，还需做以下处理：

1. 补液纠正水和电解质的紊乱：中毒症状严重、高热、不能进食者，按每日 60～80ml/kg 体重总液量计算，钠盐不易过多，并注意补钾和纠正酸中毒。

2. 肾上腺皮质激素：中毒症状重，如高热、气促者，可用氢化可的松、强的松或地塞米松等。

3. 强心剂：肺炎并心力衰竭者，可用毒毛旋花子甙 K，饱和量为 0.007～0.01mg/kg 体重加 10% 葡萄糖 10～20ml，于 10min 内静脉缓慢推入，必要时 6～12h 可重复使用。亦可用西地兰。

4. 呼吸兴奋剂：当呼吸浅表、次数减少、换气量不足时，可用洛贝林、可拉明等。

5. 中毒性脑病的治疗：需采用综合疗法。

(1)积极去除病因。

(2)加强雾化湿化呼吸道,吸氧、纠正低氧血症。

(3)保护和改善心肌功能。

(4)高热者要降温。

(5)冬眠药物的应用,降低耗氧量。

(6)颅压升高者,可用20%甘露醇每次0.5～1.0g/kg体重,2～3次/d。亦可用速尿每次1mg/kg体重,1～2次/d。

(7)肾上腺皮质激素的应用。

(8)维持水和电解质平衡,纠正酸中毒。

(9)能量合剂的应用。

(五)中医及其他治疗:参见新生儿肺炎。

婴儿腹泻病

婴儿腹泻是由不同原因引起的以腹泻和呕吐为主要表现的综合征,多见于2岁以下婴儿。分感染性和非感染性2种。

[诊断要点]

(一)轻型:

1. 腹泻,每日次数<10次,粪便外观不消化,味酸臭。

2. 食欲减退,腹胀,肠鸣音亢进。

3. 有腹痛,多见哭闹等。

4. 有轻度呕吐或溢乳。

5. 粪便镜检可见大量脂肪球。

6. 一般无脱水及酸中毒。除有肠道外感染,一般不发热。

(二)重型:

1. 多由肠道内感染(如轮状病毒、诺沃克因子、致病性大肠杆菌)引起或由轻型转变而来。

2. 腹泻重,每日十余次或几十次,为蛋花样或水样便,混有粘液,呕吐较频繁。

3. 全身中毒症状重,可有发热,烦躁、精神萎靡或惊厥甚至昏迷。

4. 可出现中度以上脱水、代谢性酸中毒、低血钾、低血钙、低血镁等。

5. 粪便可培养出致病菌或分离出病毒。

[治疗]

(一)吐、泻频繁者,过去主张先禁食6～8h,然后逐渐增加饮食量至正常水平。现今也有人不主张禁食。

(二)控制感染:

1.目前对致病性大肠杆菌选用庆大霉素每日1万～2万u/kg体重,分3～4次口服;新霉素每日50～100mg/kg体重,分3～4次口服;或用多粘菌素E每日5万～10万u/kg体重,分3～4次口服。

2.金黄色葡萄球菌:立即停用原来抗生素,选用万古霉素或红霉素,每日40～50mg/kg体重,分3～4次口服。伴有败血症时,采用新青霉素Ⅱ每日100～200mg/kg体重,分2次肌注或静脉滴注;也可用头孢氨噻肟每日75～100mg/kg体重。

3.鼠伤寒沙门菌:可选用庆大霉素每日4 000～6 000u/kg体重,肌注或静脉滴注。丁胺卡那霉素每日4～8mg/kg体重,静脉滴注;羟苄四唑头孢菌素每日50～100mg/kg体重,分3～4次肌注或静脉滴注;亦可用头孢氨噻肟等。

4.耶氏菌:对链霉素、新霉素、氯霉素等均敏感。

5.空肠弯曲菌:首选红霉素。庆大霉素、新霉素及痢特灵也都有效。

6.霉菌:首先要停用抗细菌的抗生素,选用制霉菌素,不足2岁者50万u/d,2岁以上者100万～200万u/d,分3～4次口服。克霉唑每日20～60mg/kg体重,分3次口服。

7.病毒性肠炎:不用抗生素,可试用中药治疗。

(三)对症治疗:若腹泻不止,待控制感染后可试用收敛剂,如鞣酸蛋白、次碳酸铋、氢氧化铝,也可加用消化酶,如胰酶、胃蛋白酶等。腹痛可用颠茄合剂、复方地酚诺脂等。腹胀严重者除注意补钾外,可行肛管排气,必要时肌注新斯的明每次0.03～0.04mg/kg体重。呕吐频繁者,可选用氯丙嗪或胃复安肌注。

(四)液体疗法:见有关章节。

(五)中医治疗:

1.伤食:腹痛腹胀,大便腐臭,泻后痛减,纳差,舌苔厚腻,脉滑。治法:消食导滞。方药:保和丸。

2.风寒:恶寒流涕,便稀且臭味不大。舌苔薄白,脉浮。治法:疏风

散寒。方药：藿香正气散。

3．湿热：黄水样便，或见粘液且臭，腹痛倦怠，口渴，舌苔黄腻，脉滑数。治法：清热利湿。方药：葛根芩连汤加减（葛根、黄芩、黄连、泽泻、车前子）。

4．脾肾阳虚：久泻不愈，形寒肢冷，面色㿠白，精神萎靡，舌淡，脉沉细。治法：温肾健脾止泻。方药：七味白术散加减（党参、茯苓、白术、炮姜、砂仁、山药、芡实）。

（六）针灸治疗：

1．体针：取中脘、天枢、足三里为主穴。湿热加曲池、内庭；伤食加建里、里内庭；阳虚加肾俞、脾俞、章门。

2．灸法：依次用艾灸中脘、天枢各 20min，再灸关元 30～50min。

3．穴位注射：取大肠俞、足三里，用黄连素注射液 0.3ml，注入双侧大肠俞或足三里，1 次/d。

4．贴敷：

（1）五倍子、陈米醋适量。将五倍子研末过筛，加米醋调成糊状，再用文火煮成稠膏，贮存备用。用时取膏敷在脐孔上，厚约 2cm，外加纱布固定，每日换药 1 次。治水泻不止。

（2）木鳖子 1 枚（煨熟去壳），公丁香 3 粒。上药研末，以米汤调匀，软硬适度，捏成药丸备用。同时取药丸纳入患儿脐孔，外用胶布固定，每日换 1 次，一般连贴 2～3 次，泄泻可止。

（3）取枯矾 25g，研末，加米醋和面粉适量，调成糊状。取 10～15g，涂脐孔，外加纱布，胶布固定。治小儿久泻不止。

（4）取车前子 45g，研末过筛备用。用时取药末 15g，以温开水调成糊状，涂肚脐。外加纱布固定，十后再换，3～5 次/d。治小儿水泻。

小儿惊厥

惊厥是由大脑皮质运动神经细胞突然大量异常放电而使全身或局部肌肉出现暂时性、不随意的收缩，常伴有意识障碍，为小儿常见的急症之一。各年龄期都可发病，但以 3 岁以内为多见。

【诊断要点】

（一）详细询问病史：

1. 了解有无发热、外伤及其他症状(如咳嗽、腹泻等)。

2. 惊厥发生特点、持续时间、发作次数及意识是否丧失等。

3. 过去有无类似发作史,治疗情况。

4. 有无误服毒物、药物史,传染病接触史及预防接种史等。

5. 新生儿期有否产伤或黄疸病史。

(二)年龄:

1. 新生儿:以颅脑损伤(产伤)、窒息、颅内出血、脑发育畸形、代谢紊乱和化脓性脑膜炎多见。

2. 婴儿期:以低钙血症、脑发育畸形、脑损伤后遗症、婴儿痉挛症、高热惊厥和脑膜炎多见。

3. 幼儿期:以高热惊厥、中毒性脑病、颅内感染、低血糖症和癫痫多见。

4. 学龄前期和学龄期:以中毒性脑病、颅内感染、癫痫、中毒、脑肿瘤和高血压脑病多见。

(三)季节:应注意季节性传染病,如夏季应注意菌痢、乙型脑炎等;冬季应注意流脑和其他呼吸道传染病。此外低钙血症和一氧化碳中毒亦多见于冬末春初。

(四)有无发热:

1. 有热惊厥:颅内感染,如脑炎、脑膜炎和脑脓肿等。颅外感染多见于高热惊厥、败血症、破伤风、中毒型痢疾及各种感染引起的中毒性脑病。

2. 无热惊厥:颅内疾患,如癫痫、脑肿瘤、出血和外伤等,先天性脑发育不全及脑退行性变。颅外因素有维生素 B_6、维生素 B_1、维生素 K 缺乏症,水和电解质紊乱引起的低钙血症、低钠血症、低镁血症等。此外见于先天性代谢性疾病、脑缺氧及各种中毒引起的疾病等。

(五)体格检查:

1. 有否中毒症状。

2. 神经系统体征,如脑膜刺激征、颅内压增高征、病理反射、肌张力及运动障碍等。

3. 注意皮肤有无瘀点、皮疹、结节,注意心肺体征、肝脾大小及佝偻病体征等。

(六)实验室检查:根据病史、体检所获得的结果,选择性地做以下检

查：

1．血常规、尿常规、大便常规，

2．脑脊液(常规、生化、涂片、培养)。

3．血生化(钙、磷、糖、镁、钠、尿素氮)。

4．其他，如胸透、眼底、脑超声波、脑电图、头颅摄片、心电图、脑血管造影，必要时做CT或磁共振。

【治疗】

(一)控制惊厥：

1．针刺人中、百会、涌泉、十宣、合谷等穴。

2．止惊药物：

(1)安定：每次0.2～0.3mg/kg体重，1次最大量不超过10mg，直接静注或肌注，静注速度为1mg/min，必要时20min可重复1次。

(2)苯妥英钠：每次5～10mg/kg体重；或用5%副醛每次0.1～0.2ml/kg体重，肌注，最大量不超过5ml。

(3)10%水合氯醛每次50～60mg/kg体重加等量生理盐水灌肠。

(4)经上述治疗若无效，可选用异戊巴比妥钠(阿米妥钠)或硫喷妥钠。阿米妥钠为每次5mg/kg体重。硫喷妥钠为每次10～20mg/kg体重，用10%葡萄糖液稀释成10%溶液，以1ml/min速度静注，惊止即停。硫喷妥钠最大量不超过300mg，静注时不要搬动头部，以免引起喉痉挛。一旦发生应立即将头后仰，托起下颌以防舌后坠，并肌注阿托品解痉。

3．对新生儿惊厥可试用：

(1)25%～50%葡萄糖10～20ml，静注。

(2)10%葡萄糖酸钙5ml加10%葡萄糖20ml，静注。

(3)维生素B_6 50～100mg，静注。

(二)病因治疗：针对不同病因，给以相应的治疗。

(三)一般处理：

1．取侧卧位，松解衣服和领扣，清除口鼻咽喉分泌物和呕吐物，防止吸入窒息，保持呼吸道通畅。在上下磨牙处置放牙垫，以防舌咬伤。

2．吸氧。

3．有高热时给以药物或物理降温。

4．惊厥持续状态者，除上述综合治疗外，还需应用脱水剂，防止脑水

肿。注意纠正水、电解质平衡紊乱。

营养不良

营养不良是一种慢性营养缺乏症，可由摄入不足或消化、吸收、利用障碍，使人体长期处于半饥饿或饥饿状态所引起。多见于3岁以下乳幼儿。主要表现为体重减轻，亦可伴有浮肿。严重者称萎缩症。

【诊断要点】

(一)体重：是最早出现的征象。依据体重减轻的程度可分为以下3度：

1. 轻度：低于正常体重均值15%～25%。

2. 中度：低于正常体重均值25%，但不超过40%。

3. 重度：低于正常体重均值40%。

(二)身长：重度营养不良时，身长可低于正常标准，轻、中度营养不良者，身长改变不明显。

(三)皮肤：干燥、苍白、松弛、无弹性，严重者出现散在出血点。

(四)皮下脂肪：皮下脂肪减少或消失，为营养不良最特征性改变。消失的次序依次为：腹部→躯干→臀部→四肢→颜面部。根据腹部皮下脂肪消失的程度，可分为3度：①轻度：0.8～0.4cm；②中度：0.4cm；③重度：腹部皮下脂肪消失，肌肉消瘦或萎缩。

(五)肌肉：肌张力低下，肌肉松弛。重者肌肉萎缩，运动发育迟缓。

(六)神经系统状态：反应迟钝，智力落后，体温偏低，烦躁不安和抑制交替出现。

(七)消化系统：食欲减退或消失，腹泻、呕吐，可有便秘。

(八)营养不良性浮肿：全身多部位凹陷性浮肿，多见于下肢，重者外生殖器周围、上肢、腹部及颜面亦可水肿，体腔积液少见。

(九)实验室检查：

1. 血红蛋白及红细胞均可降低。

2. 血浆总蛋白可低于45g/L，白蛋白可低于20g/L。

3. 血浆酶含量降低，常见于淀粉酶、脂肪酶、碱性磷酸酶降低。

4. 血浆胆固醇降低。

【治疗】

（一）除去病因，治疗原发病。

（二）调整饮食，改善喂养方法，增进食欲，循序渐进，逐步充实，热量供应要求为：少→多→正常。食物选择要求为"二高一足"（高蛋白、高热量、足维生素）。

（三）促进消化和改善代谢功能：给予各种消化酶（胃蛋白酶、胰酶）以助消化。口服各种维生素。应用蛋白同化类固醇制剂，如苯丙酸诺龙10～25mg/次，肌注，1～2次/周，连续2～3周。对食欲差者，可用胰岛素2～3u，肌注，1次/d。

（四）支持疗法：输全血、血浆、白蛋白、氨基酸、高渗葡萄糖，甚至静脉高营养。

（五）中医治疗：

1．积滞伤脾：纳呆腹胀，呕吐酸腐，手足心热，烦躁易怒，大便臭秽，舌苔厚腻，脉滑数，指纹淡滞。治法：消食导滞。方药：保和丸加减。

2．脾虚气弱：形瘦神疲，毛发干枯，纳呆或厌食，腹胀，完谷不化，舌淡、苔厚腻，脉濡细，指纹淡紫。治法：益气健脾消食。方药：参苓白术散加减（党参、茯苓、白术、砂仁、山楂、神曲、鸡内金、陈皮、甘草）。

3．气血两虚：面色㿠白，精神萎顿，形体消瘦，发枯，头大颈细，腹部凹陷，四肢不温，纳呆便溏，夜卧不宁，唇舌色淡，脉细软，指纹淡。治法：健脾益气养血。方药：人参养荣汤加减（人参、黄芪、白术、茯苓、当归、熟地、陈皮、山药、甘草）。

（六）针灸治疗：

1．体针：四缝、脾俞、胃俞、中脘、章门、足三里、商丘。

2．灸法：脾俞、足三里、中脘、天枢，用艾条悬灸法。

（七）单验方：

1．消食散：谷芽、山楂、槟榔、枳壳各等份，共研细末，每服1.5g，日服3次。有健脾、消胀功用。

2．疳积散：鸡内金、神曲、麦芽、山楂各等份，共研细末，每次1～3g，日服3次。有健脾、消食功用。

（八）饮食疗法：鸡内金6个、糯米30g、橘皮3g、砂仁1.5g，煮粥。可健脾、消食。

维生素D缺乏性佝偻病

维生素D缺乏性佝偻病是由于维生素D缺乏，致使体内钙、磷代谢失常，从而引起以骨骼生长障碍为主的全身性疾病。本病主要见于婴幼儿期。

【诊断要点】

（一）有维生素D缺乏的病因，如户外活动及日照不足、维生素D摄入不足、生长过快、早产、双胎或疾病的影响。

（二）有多汗、夜惊、易激惹、烦躁、睡眠不安等。

（三）有颅骨软化、枕秃、鸡胸、肋骨串珠、郝氏沟，"X"或"O"型腿，及肌张力低下、蛙状腹等。

（四）血生化检查：血钙正常或偏低，血磷低（多＜1.3mmol/L），碱性磷酸酶升高（常＞30金氏单位），血钙、磷乘积＜30。血清25'(OH)D_3（正常值10～80ng/ml）和1,25(OH)D_3（正常值0.03～0.06ng/ml）降低。

（五）X线长骨摄片（腕部）有佝偻病改变。

当佝偻病的诊断成立以后，还应进一步诊断疾病的分度和分期（见表6－6－2和表6－6－3）。

表6－6－2　佝偻病的分度诊断标准

分度	标　　准
轻度（Ⅰ度）	多汗、夜惊、不安、颅骨软化、枕秃、轻度肋骨串珠、其他系统改变不明显
重度（Ⅱ度）	多汗、夜惊、不安、方颅、枕秃、肋骨串珠、"手镯"、出牙晚、前囟闭合晚、轻度贫血、肌肉韧带松弛
极重度（Ⅲ度）	除上述症状及骨骼改变更明显外，胸廓和下肢骨骼畸形更重，生长发育受影响、身长落后，贫血更重，肌肉韧带更松弛，运动、免疫功能低下

佝偻病的治愈标准为：症状完全消失，颅骨软化恢复正常，生化及骨骼改变恢复期正常；或轻度活动期经有效治疗后症状消失3个月以上，Ⅲ度佝偻病症状消失6个月以上。

表 6－6－3　佝偻病的分期诊断标准

病期		症　状	体　征	生　化	X线骨片
活动期	初期	多汗、夜惊、不安	枕秃、颅骨软化	血磷↓，碱性磷酸酶↑	正常或轻度改变
	极期	多汗、夜惊、不安，面色苍白，肌无力	方颅、肋串珠、郝氏沟、鸡胸、"O"型腿	血磷、血钙均↓，碱性磷酸酶活性更↑	钙化预备线消失，骨骺端毛刷状
恢复期		多汗、夜惊、不安等症状好转	好转，不再恶化发展	上述检查趋向正常	钙化预备线逐渐恢复
非活动期（后遗症期）		上述症状完全消失	后遗骨骼畸形	完全正常	治愈形改变

【治疗】

（一）一般治疗：合理喂养及护理，多晒太阳，积极控制继发感染。

（二）维生素 D 疗法：

1．普通疗法：适用于一般患者。

（1）轻度：每日口服维生素 D 0.5 万～1.0 万国际单位，持续 1～2 个月后改服维持量。

（2）重度：每日口服 1.5 万～2.5 万国际单位，维持 1 个月后改维持量。

（3）极重度：每日口服 2.5 万～4.0 万国际单位，1 个月后改服维持量。

2．突击疗法：适用于重度佝偻病、有并发症或不能口服的患儿。根据病情轻、重采用以下剂量（总量）：

（1）轻度：20 万～40 万国际单位。

（2）重度：40 万～80 万国际单位。

（3）极重度：80 万～120 万国际单位。

3．维持和巩固治疗：当活动性佝偻病经上述补足维生素 D 总量后，采用突击疗法者，须在给药 2～3 个月后，每日口服维持量 400；采用普通疗法者，需在给药 1～2 个月后，每日口服维持量。

（二）钙剂：补充维生素 D 的同时补充钙剂。

（四）矫形疗法：经治疗后，轻型的骨骼畸形多能自行矫正。严重骨骼

畸形待4岁后佝偻病已痊愈时，可考虑外科手术矫形。

婴幼儿手足搐搦症

婴幼儿手足搐搦症又名低血钙性惊厥或低血钙性痉挛。本病是因维生素D缺乏，以致血清钙降低而发病。表现为全身惊厥、手足痉挛及喉痉挛。多见于2岁以下小儿。

【诊断要点】

（一）惊厥：常突然发作，双眼球上窜，面肌抽动，四肢抽搐，意识丧失，口吐泡沫，持续时间可由数秒到数分钟，发作次数不等，可数日发作1次或每日数十次。一般不发热。抽搐停止后精神如常。

（二）手足搐搦：发作时手足呈痉挛状态，手腕屈曲，手指强直，大拇指贴近手心。足趾向下弯曲成弓状似"芭蕾舞足"。

（三）喉痉挛：主要见于婴儿，由于声门和喉部肌肉痉挛引起呼吸困难，吸气时发出喉鸣，临床上虽不多见，但极为严重，可引起严重缺氧甚至窒息死亡。

（四）本症的隐性期可得阳性体征：

1．面神经征（Chvostek征）：以指尖轻叩颧弓和口角间的面颊部，若见眼睑和口角抽动即为阳性。

2．腓反射：以锤击膝外侧的腓神经（在腓骨头之上）产生足部向外侧收缩。

3．陶瑟征（Trousseau征）：用血压计袖带绑在上臂，打气使血压维持在收缩压和舒张压之间，于5min内出现手痉挛者为阳性。

（五）血清钙降低。

【治疗】

（一）急救处理：惊厥和喉痉挛均属急症，应迅速控制。可用苯巴比妥每次5～7mg/kg体重，肌注；或用10%水合氯醛每次0.4～0.5ml/kg体重，保留灌肠；或安定每次0.1～0.3mg/kg体重，肌注或静脉注射。有喉痉挛者，立即将舌头拉出口外，进行人工呼吸或加压给氧，必要时进行气管插管术。

（二）病因治疗：

1．静脉注射法：用10%葡萄糖酸钙5～10ml，加等量或2～3倍的生

理盐水或10%～25%葡萄糖稀释后，缓慢静脉注射(10min以上)或静脉点滴.

2．口服法：轻症或无惊厥发作者，用10%氯化钙，5～10ml/次，3次/d，可用糖水稀释3～5倍，以免刺激胃粘膜。

(三)维生素D疗法：钙剂治疗的同时可口服维生素D2 000～5 000国际单位/d，重症可肌注，用法同佝偻病，1个月后改为预防量。

第七章　皮肤性病科

第一节　常用皮肤科诊疗技术

外用药疗法

外用药疗法在治疗皮肤病中占有重要地位。正确使用外用药，可使病情迅速控制好转，直至痊愈。因此掌握运用好外用药是非常重要的。

（一）根据药物的剂型可分为以下几种：

1．溶液：即药物的水溶液，具有清洁、消炎、收敛等作用。主要用湿敷，如3%硼酸液、0.2%～0.5%醋酸铅液、1/8 000高锰酸钾液等。

2．酊剂和醑剂：酊剂是不挥发物质的酒精溶液。醑剂是挥发性有机物质的酒精溶液，如碘酊（碘酒）、补骨脂酊、复方樟脑醑等。

3．粉剂：药物与粉剂混合而成。具有干燥、保护、减少摩擦等作用，如氧化锌粉、滑石粉、炉甘石粉。

4．洗剂：即不溶于水的粉剂之水溶液。具有消炎、止痒、散热、干燥及保护作用，如炉甘石洗剂。

5．油剂：为药物与植物油混合而成。具有清洁、保护、润滑作用，如40%氧化锌油。

6．乳剂：有水包油（称霜）和油包水（称脂）2种。水溶性和脂溶性药物均可与之混合。具有保护、润滑皮肤、渗透性较强等作用，如肤轻松乳膏等。

7．软膏：是不超过25%粉末性药物加入凡士林或单软膏或动物油而成。具有润滑、保护、渗透性强的作用。

8．泥膏：也称糊膏。是粉末性药物在25%～50%的软膏。具有轻度吸水和收敛作用，如雷佛奴尔糊膏等。

9. 硬膏：以橡胶为基质加入药物，贴于皮损处。具有作用持久，渗透作用强等优点，如皮炎灵、肤疾宁硬膏等。

10. 其他：有涂膜剂、气雾剂等。

（二）根据药物的作用分为以下几种：

1. 清洁剂：清除皮损上的渗出物、鳞屑、痂皮及药物等，如植物油、液体石蜡、生理盐水、3%硼酸液、1/5 000～1/8 000高锰酸钾液等。

2. 保护剂：药物本身无刺激性，作用温和，可保护皮肤、减少摩擦，如滑石粉、氧化锌粉、植物油等。

3. 止痒剂：主要对神经末梢或皮肤表面起麻醉、清凉作用，达到止痒效果。如0.5%～2%薄荷脑、0.5%～1.5%石碳酸、2%樟脑、3%苯海拉明等。

4. 抗菌剂：对细菌有杀灭或抑制作用，如1%～2%龙胆紫，0.1%～0.5%雷佛奴尔、0.1%黄连素等。

5. 抗真菌剂：对真菌有杀灭或抑制作用，如2.5%～5%碘酒、2%～3%克霉唑、1%益康唑、达克宁霜、癣净霜等。

6. 抗过敏药：主要指各类皮质类固醇激素制剂，如去炎松霜、氯氟舒松霜、肤轻松乳膏等。

7. 角质促成剂：可使血管收缩，减轻炎性渗出及浸润，从而使表皮角质恢复正常，如2%～5%焦油、3%～5%硫黄等。

8. 角质剥脱剂：能使角化过度的角质层松解剥离。如10%硫磺，20%～40%尿素、5%水杨酸、10%雷琐辛等。

9. 收敛剂：能使炎症消退，渗出减少，如0.2%～0.5%醋酸铅、3%～5%醋酸铝等。

10. 其他：有腐蚀剂、抗肿瘤剂等。

（三）外用药的治疗原则及注意事项：

1. 药物选择：根据致病原因和症状选择适当的药物。对细菌感染性皮肤病选用抗菌剂；真菌感染性皮肤病选用抗真菌剂。如为过敏性皮肤病选用皮质激素；瘙痒性皮肤病选用止痒剂；有渗出时选用收敛剂等。

2. 剂型选择：根据皮损发展的不同阶段，选择适当剂型。

（1）急性期：急性期早期损害只有红斑、丘疹、无糜烂渗出时，用洗剂、粉剂或乳剂。晚期损害有糜烂渗出时选用溶液冷湿敷。

(2)亚急性期：此期主要以丘疹、鳞屑为主，有轻微的糜烂和渗出。应选用糊剂、油剂或乳剂。

(3)慢性期：皮损干燥无渗出、浸润肥厚及苔藓样变。应选用乳膏、软膏及硬膏。

(四)注意事项：

1．皮肤敏感性强的药物，先低浓度后高浓度，先小面积后大面积，在此过程中观察反应，如有过敏或有刺激者应立即停药。

2．皮肤薄嫩处及小儿，应选用浓度低、刺激性小的药物。含氟的皮质类固醇激素不宜用于小儿及面部。

3．对患者要详细说明用药方法、用药次数及用量，亦应说明可能出现的药物不良反应。

皮质类固醇激素局部注射疗法

【操作方法】

每次应用强的松龙混悬液 25mg、去炎松混悬液 10mg 或氟美松混悬液 2～5mg。先将混悬液摇匀，用注射器抽取所需量，根据皮损大小可加等量或适量 2% 普鲁卡因注射液混合。局部常规消毒，于皮损处皮内或皮下注射。7～10d 1 次，一般用 2～3 次。

【适应证】

神经性皮炎、慢性湿疹、结节性痒疹、白癜风、斑秃、瘢痕疙瘩、盘状红斑狼疮、疖疮结节等。

【注意事项】

每次激素用量不宜过大，封闭次数不宜太多，以免造成局部萎缩。普鲁卡因使用前应做皮试。

激 光 疗 法

皮肤科常用的激光是 CO_2 激光，主要是利用激光的高温使组织发生炭化、气化及凝固性坏死，直到去除病灶的目的。

【适应证】

适用于乳头状痣、较小的色素痣、结节性痒疹、尖锐湿疣、寻常疣、扁平疣、鸡眼、单纯性血管瘤、脸黄瘤、鲍温病、雀斑、纹身等治疗。

【操作方法】

(一)局部常规消毒。

(二)用1%普鲁卡因或1%利多卡因局部麻醉。

(三)开启机器,根据病灶深浅和大小,调整适当功率,对准病灶处烧灼或切割。

(四)治疗后涂抹杭生素药膏或京万红烧伤膏,较小损害可贴创可贴或仅涂以碘酒即可,不予包扎。

【术后处理及注意事项】

(一)治疗后局部为黑色焦痂,可有轻度水肿,每日用酒精涂抹。若于外生殖器或肛门部,可用1/5 000~1/8 000高锰酸钾水外洗或浸泡,1次/d。

(二)让痂皮自然脱落,切忌强行剥掉。

(三)痂皮脱落可留暂时性色素沉着或色素减退斑,均可自行恢复。

冷冻疗法

冷冻治疗是利用低温作用于病变组织,使之发生坏死达到治疗目的。冷冻治疗的机理如下:

(一)细胞内外冰晶形成,使细胞脱水、皱缩、电解质浓度发生改变使细胞死亡。

(二)使细胞膜类脂质蛋白复合体变性。

(三)局部组织血循环障碍,血栓形成,使组织缺血坏死。

常用制冷剂液体氮,为无味、无色、无臭液体,不易燃爆,温度为196℃。其他尚有CO_2雪(-70℃)、氧化亚氮(-40℃)、氟利昂(-60℃~-90℃)等。

【适应证】

雀斑、雀斑样痣、各种色素痣、尖锐湿疣、扁平疣、寻常疣、鲜红斑痣、草莓状血管瘤、结节性痒疹、脸黄瘤、脂溢角化、日光性角化、鲍温病、皮肤癌等。

【操作方法】

(一)棉签法:简便,不需特殊设备。用棉签(根据皮损形态,做成相应大小的棉签)浸蘸液氮后按压皮损处,反复数次冻融。适用于较小皮损。

(二)接触法：常用浸冷式金属冷冻头(根据皮损形态，大小选择相应大小及形状的冷冻头)。将冷冻头浸入液氮中，待沸腾停止后取出，接触于皮损处，反复数次。此冷冻头低温保持时间较长。适用于多种中等度大小及深浅的病变。

(三)喷射法：用手持式液氮喷射器，按下进气阀，迫使液氮从喷嘴处喷出。该法冷冻迅速，适用于体积及面积较大的皮损。

【术后处理及注意事项】

(一)治疗时略有疼痛，治疗后局部可出现水疱甚至大疱或血疱。若为大疱或掌跖水疱及血疱有压迫性疼痛时可将疱内容抽出，否则让其自然吸收，不予处理。

(二)冷冻后局部应保持清洁，尽可能不沾水，每日用酒精涂抹2次。

(三)创面结痂不能强行剥掉，让其自行脱落。

(四)痂脱落后，应避免日晒，否则易留色素沉着，尤其在面部。暂时性的色素沉着不必处理，半月至数月后可自行消失。

斑贴试验

斑贴试验将被试物质(如溶液、油类、软膏或原物等)置于1cm×1cm见方的4层纱布上，贴敷于前臂屈侧或背部正常皮肤上，用一略大于该纱布的玻璃纸或蜡纸覆盖，用胶布固定或敷料包扎固定。若同时有多个被试物，相互距离应间隔4cm以上，并同时做对照试验。24～48h后取下被试物观察结果：

1．阳性反应：

(1)±：瘙痒或轻度发红。

(2)＋：红斑、瘙痒。

(3)＋＋：红肿、丘疹。

(4)＋＋＋：明显红肿、丘疹及小水疱。

(5)＋＋＋＋：显著红肿、水疱或坏死。

2．阴性反应：敷贴部位皮肤无任何改变。

用于检查接触性过敏原，对诊断接触性皮炎及由接触发生的职业性皮肤病有参考价值。

阴性结果时应排除被试物的浓度是否达到有效浓度，试验本身能否

符合实际发病的情况以及操作技术是否正确。必要时需观察 4～5d。

真菌直接镜检法

真菌直接镜检法是诊断真菌感染的一种常用而重要的方法。将所取标本放在载玻片上，加 1 滴 10%～20% 氢氧化钾液，然后加盖玻片，在酒精灯上稍微加温，以不沸腾为度，以便使角质溶解，同时压紧盖玻片，用棉签或吸水纸将盖玻片四周多余的药液吸干净，于显微镜下检查是否有菌丝及孢子。

阳性表示有真菌存在，1 次阴性者不能排除诊断。真菌直接镜检可确定菌丝和孢子的有无，一般不能确定菌种，个别情况可提示真菌种类。

皮肤真菌感染应在皮损的活动边缘取鳞屑。头癣应采集病发及鳞屑。甲癣应取甲下碎屑。皮肤溃疡应取其边缘组织和脓液。刮取鳞屑深浅应适中，以刚不出血为度。

标本加温时切忌沸腾或烤干。皮屑溶解至近云雾状，毛发至肉眼刚见增粗即可，不可溶解过度或溶解不足。分泌物、痰、尿等用生理盐水稀释即可检查。

疥螨检查法

疥螨检查法取新鲜水疱，用针头挑破或找其隧道（用蓝墨汁涂染皮损，隧道更清晰）挑破至盲端，取其内容，也可用玻片沾取疱液。肉眼观察疥虫为一小白点，置于载玻片上显微镜下观察，可清楚看到疥虫或虫卵。

显微镜下查到疥螨或虫卵可确定诊断。若未查到疥螨或虫卵不能排除诊断。

第二节　皮肤科常见疾病

头　癣

头癣是头皮、毛发的真菌感染。主要是直接或间接接触传染，如接触患者或患癣的狗、猫、污染的理发用具、帽子、头巾等。

【诊断要点】

根据致病菌及临床表现不同将头癣分为3种。

(一)黄癣：

1. 初为丘疹渐呈圆形或不规则形黄癣痂，干燥，周缘可翘起呈碟状。除去黄痂，其下为鲜红色糜烂或浅溃疡。

2. 头发无光、弯曲及折断。

3. 剧痒。

4. 愈后留瘢痕，可致永久性秃发。

5. 真菌直接镜检病发中可见发内菌丝，痂中可见孢子及菌丝。真菌培养为黄癣菌。

6. 滤过紫外线灯检查，病发呈暗绿色荧光。

(二)白癣：

1. 初为白色鳞屑斑逐渐扩大，周围可见数目不一的小鳞屑斑。

2. 病发长出头皮约0.5cm即折断，可见白色菌鞘套状包绕病发根部。

3. 自觉轻度瘙痒。

4. 直接真菌镜检可见发外孢子。真菌培养多为铁锈色小孢子菌及狗小孢子菌。

5. 滤过紫外线灯检查，病发呈亮绿色荧光。

(三)黑点癣：

1. 为小点状或片状白色鳞屑斑，类似白癣。

2. 病发常一出头皮即折断，残根留于毛囊内，外观呈黑点状，故称黑点癣。

3. 直接真菌镜检可见发内孢子。真菌培养多为紫色癣菌，少数为断发癣菌。

4. 滤过紫外线灯检查无荧光。

【治疗】

头癣治疗要求全身和局部联合用药，基本方法为服、洗、搽、剃。

(一)口服抗真菌药物：常用灰黄霉素口服，小儿每日10～20mg/kg体重。15岁以上者每次2片，3次/d，共21～28d。目的在于消灭发根内的真菌。

(二)洗:每晚用热水肥皂洗头1次,以去除痂皮、鳞屑等污物。

(三)搽药:每晚洗头后患处擦2%碘酒,白天搽抗真菌药膏,如酮康唑霜、益康唑霜、达克宁霜、克霉唑软膏等,连续3~4周。

(四)剃头:每周剃头1次,连续4~6次。

(五)中医治疗:祛风解毒汤(大黄、千里光、六耳铃、雄黄、苍术、槟榔各30g,枯矾15g,肥猪肉30g,加水1 000ml,用砂锅煎成600ml,弃渣取液),先洗患部周围,再洗患处,水温以50℃为宜,切勿过热。在洗前须将患部未脱落的头发连根拔掉。

(四)单验方:

1. 外涂一扫光、硫黄膏或雄黄膏,须剃光头发,每日用明矾水或热水洗头后,再在病损区敷药,1次/d,7d后用镊子拔去病发。

2. 鲜侧柏叶120g,煎水滤过取汁温浴头部,1~2次/d。

【预防】

(一)避免与患者或患癣的狗、猫接触。

(二)对患者污染的衣、帽、枕、被应用煮、晒、烫等方法进行消毒杀菌,去掉的带菌毛发应焚烧。

(三)加强个人和集体卫生,发现患者及时隔离治疗,防止蔓延。

手癣、足癣和甲癣

手癣、足癣和甲癣是指掌、跖、指(趾)间皮肤及甲的浅部真菌感染。手癣俗称"鹅掌风";足癣俗称"脚气"、"香港脚";甲癣俗称"灰指甲"。致病菌主要是红色毛癣菌。足癣主要是局部潮湿,温热易致真菌感染;手癣多由足癣感染(搓足);甲癣多由于手足癣蔓延而来。此外,公共浴池、游泳池、共用拖鞋、洗脚盆、毛巾等亦是重要传染途径。

【诊断要点】

(一)根据皮疹形态,临床将手足癣分为3型,但3型也可同时存在。

1. 水疱型:掌跖、指(趾)间皮肤深在性米粒大水疱,可融合,数日后干燥脱屑,自觉瘙痒。

2. 糜烂型:常见于3~4或4~5趾间并可逐渐波及全部趾间。皮损潮湿、浸渍发白,糜烂,奇痒,易继发细菌感染。手癣此型少见。

3. 鳞屑角化型:掌跖、足跟、足缘皮肤增厚,干燥,粗糙脱屑。冬季常

发生皲裂。

(二)甲癣多由甲缘侵入,继之泛及全甲,使甲增厚,翘起与甲床分离,甲前缘可呈虫蚀状残缺,无光泽,呈灰白色或黄褐色。

(三)皮屑或甲屑直接真菌镜检可见菌丝。

【治疗】

手、足、甲癣以外用药治疗为主,根据不同临床类型选用不同剂型药物。

(一)水疱型手足癣:选用复方苯甲酸酊、1%克霉唑癣药水、复方雷锁辛搽剂、七槿皮酊等。

(二)糜烂型足癣:可先用0.2%~0.5%醋酸铅液或3%硼酸液冷湿敷,1~2次/d,每次20~30min。若有继发感染者用1/5 000~1/8 000高锰酸钾液或中药(苦参30g,黄柏20g,黄连15g,蛇床子20g,白鲜皮30g,苍术20g,甘草10g)浸泡。感染控制后或无糜烂渗出时,外用抗真菌剂,如克霉唑癣药水、癣净乳膏、达克宁霜、酮康唑霜等。

(三)鳞屑角化型手足癣:宜选用软膏、霜剂,如复方苯甲酸软膏、克霉唑霜、癣净乳膏、酮康唑霜或益康唑霜。

(四)甲癣治疗较困难,外用药较难渗透于甲板内,可先用40%尿素软膏、剥甲膏等封包病甲,使其软化,用小刀将软化后的病甲削去,反复包削直至将病甲去除或手术拔甲,然后外用抗真菌药物(如2%碘酒、卡氏涂剂、复方苯甲酸液)或用10%冰醋酸浸泡,直至新甲长出;亦可不拔甲,白天用复方碘酒外涂,晚上用复方苯甲酸软膏封包过夜;或用10%冰醋酸长期浸泡,1次/d,每次20~30min,直至好甲长出。

(五)中医治疗:

1. 手癣:化脓时治法:清热解毒。方药:五味消毒饮合龙胆泻肝汤。

2. 足癣:治法:清热利湿。方药:萆薢渗湿汤合五神汤。

3. 甲癣:外治:复方土槿皮酊浸渍甲部,1次/d,每次10min,用药前先用小刀刮除灰化的指(趾)甲。连续用药3个月以上,方能奏效。

体癣和股癣

体癣指除手足癣、花斑癣、叠瓦癣外发生于平滑皮肤的浅层真菌感染。俗称"钱癣"。若体癣发生在股内侧上部及臀部称为股癣。致病菌主

要是红色癣菌。可由患癣的患者、狗、猫等直接传染，也可通过污染的衣物、用具等间接传染或自身原有的手足癣、甲癣、头癣感染而来。

【诊断要点】

（一）初为红丘疹及丘疱疹，渐向四周扩大形成环形或多环形，边界清楚略高起皮肤，可有丘疹和鳞屑，皮损中心则损害较轻。好发于面、躯干及四肢近端。

（二）股癣常发于股内侧上部、臀沟，呈环形、半环形或弧形，可一侧或双侧，边界清楚，常伴色素沉着。

（三）自觉瘙痒，常于夏季发病或加重。

（四）皮屑直接真菌镜检可见菌丝。

【治疗】

（一）体、股癣的治疗原则是以外用药为主，如癣净乳膏、达克宁霜、酮康唑霜、1%益康唑霜。也可选用复方苯甲酸酊、卡氏涂剂等，但这类刺激性强的药物不宜用于小儿、股内侧、面部等皮肤薄嫩处及糜烂性皮损。

（二）对泛发性体癣，可内服灰黄霉素，剂量同头癣，疗程2～4周。

（三）治疗期间应勤烫洗内衣、内裤。

（四）中医治疗：治法：祛风除湿，杀虫止痒。方药：苦参汤。

（五）单验方：

1．明矾、皂矾各30g，儿茶15g，侧柏叶60g，水煎温浴患处，1～2次/d。

2．生半夏用醋磨汁搽。

【预防】

注意个人卫生、勤洗澡换衣，避免与患者及患癣的动物接触。若自身患有手足癣应积极治疗。

花　斑　癣

花斑癣是皮肤的浅表角质层真菌感染，俗称“汗斑”。致病菌为正圆形糠秕孢子菌或称花斑癣菌。此菌为条件致病菌，于多汗、营养不良、慢性病者多见。

【诊断要点】

（一）为黄豆大淡褐色或暗褐色斑，其上覆细薄糠状鳞屑，散在或融合

成片状及点状色素减退斑。

(二)好发于胸背、腋窝、颈及上肢近端。

(三)一般无自觉症状或感轻度瘙痒。

(四)常于夏季加重、冬季减轻,迁延数年。

(五)鳞屑直接真菌镜检可见花斑癣菌。

【治疗】

(一)40%硫代硫酸钠溶液外搽患处,2次/d;或先搽40%硫代硫酸钠液,5min后再搽3%稀盐酸溶液,早晚各1次,共1周。

(二)亦可选用10%冰醋酸液、克霉唑癣药水、卡氏涂剂、复方苯甲酸酊等。

(三)中药单验方:雄黄、月石等份;枯矾、硫磺等份;密陀僧、硫磺等份,任选一方,用鲜黄瓜或鲜茄子切块,蘸药粉擦患处,2次/d。

【预防】

治疗期间应勤洗澡,更换内衣并应经常煮沸消毒。

皮肤粘膜念珠菌病

皮肤粘膜念珠菌病是由念珠菌引起的急性、亚急性或慢性炎症。常侵犯皮肤和粘膜,亦可累及内脏(如肺、肠、心、肾、脑等)。主要致病菌为白色念珠菌,该菌为条件致病菌,当机体抵抗力下降或机体发生菌群失调时可导致发病。

【诊断要点】

(一)皮肤念珠菌病:

1.指间糜烂:多见于中指和无名指之间,皮肤湿润,浸渍发白,表皮剥脱后可见红色糜烂面,界限清楚。

2.擦烂红斑:皮损潮红,轻度糜烂,常附有发白的皮屑,边界清楚。好发于颈、腋窝、乳房下、腹股沟、臀沟等皮肤皱褶处。婴幼儿常发于尿布包裹的部位。该型多见于肥胖多汗或有慢性消耗性疾病的患者。

3.甲沟炎:多见于手指甲,甲周红肿,略痛,不化脓,甲板高低不平,但不失光泽。

(二)粘膜念珠菌病:

1.口腔念珠菌病:俗称"鹅口疮"。口腔粘膜、舌表面或咽喉可见点

片状凝乳状白色薄膜，真菌直接镜检可见菌丝及芽孢。念珠菌培养阳性。

2. 念珠菌性阴道炎：阴道粘膜可见白色薄膜并见凝乳状水样分泌物，常伴有外阴瘙痒或红肿。白带涂片镜检可见大量菌丝和孢子。

【治疗】

（一）皮肤念珠菌病：外搽1%～2%龙胆紫液、2%～3%克霉唑霜、酮康唑霜或制霉菌素软膏。

（二）粘膜念珠菌病：口腔念珠菌病可用2%碳酸氢钠溶液或2%硼砂溶液漱口，然后搽2%龙胆紫液，制霉菌素胶浆或制霉菌素片口含。阴道念珠菌病应每日用2%碳酸氢钠液清洗，然后涂搽2%龙胆紫或用制霉菌素栓塞入阴道内，每晚1次。

（三）中医治疗：积热内蕴，外感湿毒：治法：清心热，解湿毒。方药：导赤散加金银花、连翘、土茯苓、黄连。

【预防】

去除一切诱发因素，如长期大剂量应用抗生素，皮质类固醇激素或免疫抑制剂。积极治疗原发病，如糖尿病及其他慢性消耗性疾病。

接触性皮炎

接触性皮炎是指机体接触外界物质后，在接触部位引起的皮肤粘膜炎症，常见的接触物质有动物性、植物性和化学性，如动物的皮毛、羽毛、生漆、补骨脂、蓖麻、机油、药物、纺织物、化妆品、染发剂、敌敌畏、橡胶、塑料、肥皂、洗衣粉，以及强酸、强碱等。根据接触物质不同可分为原发刺激和变态反应2种。

【诊断要点】

（一）有接触物品史，并首先在接触部位发病。

（二）如接触物为强酸、强碱等，可在接触部位数分钟至数小时内发病，即原发刺激性接触皮炎。若为变态反应，其接触物本身不具有刺激性，如是初次接触，多经4～5d的潜伏期后发病，再次接触该物质多在24h内发病。

（三）皮损的形态、严重程度，取决于接触物的性质、浓度、接触方式，接触的时间以及机体的反应性。皮损界限一般清楚。变态反应性接触性

皮炎，早期皮损常与接触物形态一致（对确定何种接触致敏物有意义）。轻者可仅有红斑、丘疹、水疱；重者可有大疱，糜烂甚至溃疡坏死。

（四）去除接触物可较快治愈，若再接触可再发。

（五）确定可疑致敏物或不能确诊者可做斑贴试验。

[治疗]

（一）及时去除接触致敏物，避免再接触。

（二）如为强酸、强碱等刺激性接触物，应立即用大量清水冲洗，尽可能冲洗干净，忌用中和的方法处理。

（三）轻症患者仅有红斑丘疹，面积小，可外用皮质类固醇激素软膏、炉甘石洗剂。若有糜烂渗出时，可用0.2%～0.5%醋酸铅或3%硼酸液冷湿敷。有继发感染者可用1/5 000～1/8 000高锰酸钾液湿敷。若有大疱，可将疱液抽出再按上法处理。亚急性期仅有少量渗出，轻度糜烂时用氧化锌泥膏或雷佛奴尔糊膏及皮质类固醇激素乳膏。有继发感染时可外用抗生素，如氯霉素、新霉素或红霉素软膏。

（四）对皮损广泛，症状严重者，应内用抗组织胺药，如苯海拉明、扑尔敏、赛庚啶等，以及皮质类固醇激素。

（五）中医治疗：

1．呈红肿、水疱、糜烂、渗液者，系湿热挟毒之证。治法：清热泻火，凉血利湿。方药：龙胆泻肝汤或化斑解毒汤加减。热重时加栀子、生地等；湿重时加茵陈、生薏苡仁等。

2．皮损呈慢性久而不消，反复发作者系风热之证。治法：清热驱风，养阴润燥。方药：消风散加减。

荨麻疹

荨麻疹是由于皮肤、粘膜小血管扩张及渗透性增加而出现的一种局限性水肿反应。俗称“风疹块”、“食饭疙瘩”。变态反应是主要致病机理。致敏物质较多，常难以查找确定，特别是慢性荨麻疹，大约有3/4查不出原因。常见的过敏原有鱼、虾、蛋、药物、花粉、皮屑、灰尘等。感染因素包括细菌、病毒、真菌、寄生虫及体内慢性感染灶。其他有物理因素（如冷、热、摩擦、压迫等）及精神、内分泌紊乱等因素。

【诊断要点】

(一)皮肤出现大小不等之风团,红色或白色,可融合成斑块。

(二)风团骤起骤落,发生快,消退也快,消退后不留痕迹,常反复发作。

(三)若皮疹仅发生于皮肤可自觉不同程度的瘙痒。若累及消化道可出现恶心、腹痛、呕吐。若累及呼吸道可出现闷气、呼吸困难,甚至窒息。

【治疗】

(一)积极查找致病原因,并去除之。

(二)轻者应用抗组胺药,如苯海拉明、扑尔敏等。皮损广泛或伴有消化道、呼吸道症状者可加用皮质类固醇激素。对有呼吸困难或窒息者,应立即皮下或肌肉注射0.1%肾上腺素0.5～1ml,必要时做气管切开。同时应用皮质类固醇激素及抗组胺药。

(三)对慢性荨麻疹,除积极查找过敏原外,可试用利血平、脑益嗪、安太乐、6－氨基己酸、潘生丁、西米替丁、安络血、雷公藤等。

(四)中医治疗:

1. 风寒(冷性荨麻疹):风团遇风冷发作或加重,舌淡胖、苔薄白,脉浮紧。治法:祛风散寒,调和营卫。方药:桂枝汤加麻黄、防风、荆芥、苏叶。

2. 风热(多属急性荨麻疹):风团遇热则剧,舌红、苔薄黄,脉浮滑数。治法:疏风清热。方药:消风散加金银花、桑叶、地龙、减当归、苍术。

3. 脾胃湿热:伴呕恶、腹痛,舌红、苔黄,脉滑数。治法:清热利湿,通腑泄热。方药:防风通圣散加减。

4. 气血两虚:多见病久,年老,体弱的慢性荨麻疹患者。治法:补益气血。方药:八珍汤加味。

5. 血瘀:风团黯红,常发于腰间、手腕的受压处,舌紫、苔薄,脉细涩。治法:活血化瘀。方药:血府逐瘀汤。

6. 冲任不调:月经前2～3d发病或加重,舌黯、苔薄,脉弦细,多见于月经疹。治法:调摄冲任。方药:二仙汤合逍遥散。

(五)针灸治疗:

1. 体针:以曲池、膈俞、血海、三阴交、足三里为主穴。上半身痒加止痒;下半身痒加百虫窝。其他配穴可据证选用。

2. 灸法：取风门、身柱、肩髃、合谷、曲池、阳池、行间、风市、手三里、血海、解溪。用艾条温和灸。

3. 拔罐：取大椎、风门、肝俞、身柱、肺俞、脾俞。先针刺后留针拔罐。

4. 耳针：肺、脾、平喘、神门、内分泌、肾上腺、交感、荨麻疹点及皮损部位相应穴。

5. 头针：取感觉区，血管舒缩区，足运感区。

6. 皮肤针：取脊椎两侧(由颈至骶部患部，可重叩，以微出血为度。

7. 刺血：耳后静脉放血，1 次/d。

8. 穴位注射：取曲池与血海或曲池与足三里、膈俞，用维丁胶性钙注射液或 1% 普鲁卡因注射液，每穴注 0.5～1ml，1 次/d。

丘疹性荨麻疹

丘疹性荨麻疹是小儿常见的一种风团样丘疹性皮肤病。常见病因有消化功能不良，对某些食物(如鱼、虾等)过敏，以及蚤、螨、蚊、虫叮咬后发生。

【诊断要点】

(一)多见于学龄前儿童，夏秋季好发。

(二)皮疹为花生米大鲜红色或淡红色风团样丘疹，圆形或纺锤形，发生于四肢远端者，尤以掌跖可见水疱损害。

(三)皮疹常成批或散在出现于躯干及四肢，数日后可逐渐消退，留色素沉着。也可抓破后继发感染。

【治疗】

(一)积极寻找病因并去除之。

(二)外用皮质类固醇激素，如肤轻松乳膏、氢化可的松霜等，以及止痒剂。

(三)皮疹较多时可服抗组织胺剂，有继发感染时酌情内用和外用抗生素。

湿　　疹

湿疹是皮疹多形态，有渗出倾向、瘙痒，为慢性过程的皮肤炎症。病因较为复杂，自身的过敏素质占有重要因素。常见的外源性致敏原有药

物、某些食物、慢性感染灶、内分泌及代谢障碍，精神及物理因素等也可引起发病。

【诊断要点】

根据皮疹形态不同，临床可将湿疹分为3型。

（一）急性湿疹：

1. 皮疹呈多形性，早期皮损为红斑，丘疹或水疱，晚期可出现糜烂渗出，边缘不清，周围有散在丘疹、丘疱疹。

2. 皮损多对称，可发生于任何部位，以头面、腹部、四肢远端、手足及皱褶处多见。

3. 自觉瘙痒。

（二）亚急性湿疹：

1. 主要为小丘疹、丘疱疹及痂皮鳞屑，可有轻度糜烂渗出。

2. 自觉瘙痒，易转为慢性，处理不当亦可急性发作。

（三）慢性湿疹：

1. 皮损干燥无渗出，表面粗糙，可见抓痕、鳞屑，久之皮损增厚，色素沉着，呈苔藓样变。

2. 皮损局限，界限清楚，以四肢多见，剧痒。

【治疗】

（一）患病期间不宜吃辛辣、腥、膻食物及饮酒，避免各种不良外界刺激，如热水烫洗、过度搔抓及外用刺激性强的药物。

（二）内用治疗：轻症患者可给抗组胺药，如扑尔敏4mg，3次/d，口服；苯海拉明25mg，3次/d口服，赛庚啶2mg，3次/d，口服等。对急性、泛发者可应用皮质类固醇激素，如强的松30mg，1次顿服或分次服，也可选用地塞米松等。可给以钙剂，如10%葡萄糖酸钙注射液10ml，加25%葡萄糖注射液20ml，静脉注射，切忌过快，以舌尖刚觉发热为度，1次/d，也可加入液体内静滴。不应将药液漏至血管外组织，近期应用洋地黄类药物者不用，以免造成洋地黄中毒。同时给予抗组织胺药、维生素C等。

（三）局部治疗：

1. 急性湿疹：早期皮疹仅有红斑、丘疹时，可用炉甘石洗剂、肤轻松软膏、氯氟舒松软膏等。面部及小儿宜用可的松软膏。晚期有糜烂渗出时，应用3%硼酸液或0.2%～0.5%醋酸铅溶液冷湿敷。有继发感染者

用1/5 000～1/8 000 高锰酸钾液湿敷，使糜烂面干燥无渗出。

2. 亚急性湿疹：选用泥膏剂型，可有轻度吸水收敛作用，如氧化锌泥膏、雷佛奴尔糊膏等。

3. 慢性湿疹：应选用软膏、霜剂及硬膏，用药后封包可增加疗效，主要是浸软皮肤，保持水分，利于药物的渗透与吸收，如氯氟舒松软膏、肤轻松乳膏、尿素－去炎松软膏、黑豆馏油软膏等，也可用肤疾宁、皮炎灵硬膏外贴。

(四)中医治疗：

1. 湿热流溢(急性湿疹)：治法：清热利湿。方药：萆薢渗湿汤加苍术、金银花、连翘、苦参、大黄、甘草。发于上部者，加桑叶、白菊、蝉蜕；发于下部者，加川牛膝、车前子；发于阴囊者，加龙胆草、栀子；瘙痒甚者，加白鲜皮、地肤子、钩藤、地龙。

2. 湿阻肌肤(亚急性湿疹)：治法：健胃除湿。方药：除湿胃苓汤加薏苡仁、白鲜皮、赤小豆，减肉桂。

3. 脾虚血燥型(慢性湿疹)：治法：健脾养血润燥。方药：归芍六君子汤加鸡血藤、地肤子、何首乌、乌梢蛇、大枣。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取曲池、足三里、血海。

2. 灸法：取曲池、血海(均取双侧)，配肩髃、环跳、合谷、百会、大椎。

3. 拔罐：在患处先用皮肤针做散针，微有出血，再加拔罐，留罐5～10min。

4. 耳针：取肺、皮质下、内分泌、神门、肝。

5. 穴位注射：对阴囊湿疹可用0.5%普鲁卡因，在长强穴注入5ml，1次/d，5次为1疗程。

(六)单验方：苦参、白鲜皮各60g，冰片3g，研末，涂扑患处。适用于阴囊湿疹。

(七)饮食疗法：绿豆30g、薏苡仁30g，加白糖适量同煮汤服食。

药　疹

药物通过各种途径进入体内引起的皮肤粘膜反应称为药疹，也称为药物性皮炎。引起药疹最常见的药物有4类：①解热镇痛剂，如去痛片；

②安眠镇静剂，如巴比妥类；③磺胺药，如复方新诺明、长效磺胺等；④抗生素，如青霉素、四环素等。其他还有血清制品，如破伤风抗毒素等。

【诊断要点】

（一）有用药史。

（二）有一定潜伏期。首次用药需经4～20d潜伏期方可发病。若已对该药致敏，再次使用该药，可在数分钟或几小时内发病，一般不超过24h。

（三）药疹的临床表现多样，皮疹各异。可有荨麻疹样、湿疹样、紫癜样、痤疮样、多形红斑样等。最常见的有固定型药疹和猩红热样或麻疹样药疹。固定型药疹表现为每次过敏均于同一部位反复出现暗红色斑，圆形或椭圆形，有时表现有水疱，愈后常留色素沉着，经久不退。自觉瘙痒。发于口唇、外生殖器部位常致糜烂疼痛。猩红热样或麻疹样药疹表现为全身皮肤弥漫潮红或充血性红斑疹，有时伴发热、畏寒等不适。皮疹瘙痒明显，常由青霉素引起。

（四）重型药疹有剥脱性皮炎、重症多形红斑、大疱性表皮松解型药疹。重型药疹全身症状严重，常有高热、头痛、寒战，并常有粘膜损害及内脏（如心、肝、肾及消化道）损害。全身水、电解质紊乱，易继发感染，重者导致死亡。

（五）药疹的诊断：除固定型药疹外，其他类型的药疹不易与其他原因引起的同样症状相区别。可根据疹型、用药与发疹之间的时间关系，以及该药引起过敏的机会多少进行分析判断。当患者用药治疗过程中，突然出现皮疹，而又不能用其他原因解释者，应考虑药疹的可能性。

【治疗】

（一）停用致敏药物及一切可疑致敏药物。

（二）轻型药疹：给予抗组胺药、维生素C等。外用抗过敏及止痒剂，如炉甘石洗剂、肤轻松乳膏、氯氟舒松乳膏等。

（三）重型药疹：应给以支持疗法，高蛋白，高热量饮食。应补液以维持水、电解质平衡，必要时给以少量多次输血。可应用大剂量皮质类固醇激素，常用氢化可的松200～500mg/d，加入5%～10%葡萄糖液静滴，同时给予维生素C 1～2g、10%葡萄糖酸钙10ml、能量合剂等，并口服或肌注抗组胺药。因大面积表皮剥脱及应用大剂量激素，易继发感染甚至引

起败血症，故应及时选用抗生素，避免应用与致敏药物化学结构类似或易引起过敏反应的抗生素。一般选用红霉素或红霉素与庆大霉素联用。

（四）注意口腔、眼、外生殖器、肛门等腔口部位的清洁护理。皮损局部可用 1/8 000 高锰酸钾液或生理盐水清洗，保持清洁，有继发感染时应及时处理。

（五）中医治疗：中医认为药疹为脾湿不运，蕴湿化热，外感毒邪，湿热毒邪搏于皮肤所致。

1. 轻型者可用化斑解毒汤加减以清热解毒祛风。

2. 高热、神志不清、便干尿赤等毒入营血者，宜凉血清热利湿为主，用犀角地黄汤合黄连解毒汤加减。

【预防】

（一）应严格掌握用药适应证或指征，用药尽可能简单，切勿滥用药物，以减少药疹的发生。

（二）用药前应询问患者有无药物过敏史，如确证某类或某种药物过敏，除告诉患者今后不要应用外，应将该药物在病历本上显著位置标明。

（三）应严格执行国家规定，一些药物在使用前应做过敏试验，如青霉素、链霉素、普鲁卡因及破伤风抗毒素等。

多形日光疹

多形日光疹是一种原因尚不完全清楚的光变应性皮肤病。表现为日光照射后出现多形态皮损，反复发作，慢性经过，多由中波紫外线引起。

【诊断要点】

（一）有明显的季节性，多于春末夏初发病，冬秋季缓解，好发于青年女性。

（二）皮疹好发于面颈、手背、前臂等暴露部位。常在日晒后 1h 内，局部感觉灼热或瘙痒，数小时至数日后发疹。

（三）皮疹呈多形性，临床上可分为红斑型、湿疹型、痒疹型。即表现为红斑、毛细血管扩张、丘疹、水疱、糜烂渗出、结节，甚至苔藓样变、色素沉着，自觉瘙痒。

（四）光斑试验阴性。紫外线红斑反应试验呈异常反应。

【治疗】

(一)氯喹每次0.125～0.25g,口服,2次/d,见效后减量,0.125g/d。

(二)反应停(酞咪哌啶酮),50～300mg/d,症状控制后可逐渐减量,持续2～6个月。本药致畸胎,故育龄期妇女慎用,孕妇禁用。

(三)β胡萝卜素,150～180mg/d。

(四)酌情应用抗组胺药、烟酰胺及其他维生素B族药物。严重者可应用皮质类固醇激素。

(五)外用激素及防光剂,如二羟基丙酮、禁醌洗剂、5%二氧化钛霜等。

【预防】

尽可能避免日光照射,外出时注意遮阳,并外用遮光剂。

白 癜 风

白癜风是皮肤限局性色素脱失斑。病因尚不清楚,近些年多倾向自身免疫,患者可查到多种自身抗体以及细胞免疫功能下降。另外,还有黑素细胞自身破坏、神经化学因子等学说。

【诊断要点】

(一)损害为大小不等的白斑(色素脱失),边界清楚,其边缘色素较深。白斑呈瓷白色,有时透粉红。白斑处的毛发常变白。除色素改变外,局部皮肤正常。

(二)皮损可发生于任何部位,但以手指背、前臂、面、颈及外生殖器部位多见,也可泛发全身或限于一侧肢体。也可继发于烧伤、冻疮及其他外伤后。

(三)多见于青少年,无自觉不适。

【治疗】

(一)对大面积泛发者,可口服小剂量强的松,15～20mg/d,连服1～2个月见效。

(二)可服用维生素B族、维生素E、泛酸钙等。对限于一侧肢体者,可试用山莨菪碱等。

(三)可试用白蚀丸、白癜风胶囊。

(四)对数目少、面积小的皮损,取皮质类固醇激素混悬液1～2ml加

等量或适量1%普鲁卡因于白斑处皮内注射，7～10d/次，2～3次为1个疗程。

（五）外擦皮质类固醇激素，常用有去炎松、氢化可的松洗剂、地塞米松洗剂等。适确得（Sicorten）对暴露部位的白癜风效果较好，1次/d外擦，疗效可达70%以上。

（六）可选用30%补骨脂酊、白癜净擦剂、白癜灵药水等。

（七）中医治疗：血虚、血瘀。治法：养血、活血祛风。方药：首乌饮加乌梢蛇、丹参、桃仁、防风、蝉蜕。

（八）针灸治疗：

1．灸法：用艾条灸白斑处。

2．耳针：肺、枕、内分泌、肾上腺及相应点。

3．梅花针：局部用梅花针做强刺激，可防止皮损扩大。

（九）单验方：

1．补骨脂、生黄芪、白蒺藜、红花、川芎、当归、制香附、桃仁各125g，共研细末，加蜜为丸，每次6g，日服2～3次。

2．用白茄子蒂蘸硫磺细末，擦患处。

3．密陀僧散调醋擦患处。

（十）饮食疗法：沙苑蒺藜60g，研细末，猪肝适量，洗净去筋膜，切片，入沸汤，变色无血时为熟，用猪肝蘸药末，1d吃完。

天 疱 疮

天疱疮是一种慢性、复发性、严重性表皮内大疱性皮肤病。可能是一种自身免疫性疾病。血清中可查出天疱疮抗体，其滴度与活动性基本相一致。

【诊断要点】

（一）寻常型天疱疮：

1．多数在外观正常皮肤上，少数在红斑上出现大小不等之浆液性水疱。疱壁薄而松弛，按压水疱可向周围扩展移动；或皮肤外观正常，但一擦即破，此为表皮分解症阳性或称尼氏征（Nikolsky征）阳性，为该病特征。

2．疱壁极易破裂形成糜烂，可不断向周围扩展，融合呈不规则状，貌

似脓疱疮，有腥臭。

3．皮损可发于身体任何部位，但以头面、前胸、后背肩胛间、腋下及腹股沟部位多见。常有口腔粘膜损害，也可侵犯鼻、咽喉、眼结膜、肛门、阴道、阴唇等。

4．糜烂面疼痛明显，有时伴发热、畏寒、食欲减退等症状。

5．组织病理：棘层下方松解，产生裂隙，并见松解的棘刺细胞。疱底绒毛形成，真皮上部轻度水肿，少数嗜酸及嗜中性白细胞浸润。

（二）增殖型天疱疮：

1．是寻常型天疱疮的一个异型。发病较缓慢，常侵犯口腔、鼻腔、阴唇、龟头、肛门等粘膜处，形成糜烂引起剧痛。

2．皮肤损害好发于脂溢部位，如头面、腋下、脐窝、胸背及阴股部。初为松弛性水疱，破裂后形成糜烂和蕈样、乳头样增生，尤其在摩擦部位显著，尼氏征阳性。

3．组织病理：早期棘层下部松解，裂隙形成。晚期棘层肥厚呈乳头瘤样增生。

（三）落叶型天疱疮：

1．外观正常皮肤或红斑上发生表浅松弛性大疱或未形成水疱便呈糜烂及油腻性褐黄色痂。痂皮中心附着，周缘游离呈落叶状，痂下湿润有腥臭。尼氏征阳性。

2．口腔粘膜较少受累且表现轻微。本型进展缓慢，可自行缓解，也可逐渐衰竭死亡。

3．组织病理：颗粒层及棘层上方松解，裂隙形成。棘刺松解细胞类似谷粒细胞，有诊断价值。

（四）红斑型天疱疮：

1．初为红斑上覆油脂性鳞屑和黄痂。于胸背、四肢可出现松弛性大疱，破后形成糜烂结痂，愈后留色素沉着。

2．皮损好发于头、前额、两颊、耳壳等。头面部皮损类似红斑狼疮，脂溢性皮炎或脓疱疮。尼氏征阳性。

3．粘膜损害甚少，全身症状轻。

4．组织病理：基本同落叶型天疱疮。

【治疗】

(一)支持疗法:高蛋白、高热量、低盐饮食。重症患者应补给液体,必要时少量多次输血及给以能量合剂。

(二)皮质类固醇激素:是治疗天疱疮的主要药物,应早期、足量应用。首次剂量为:强的松 60～120mg/d,也可折算同等剂量的地塞米松或氢化可的松。待病情控制后(无新皮疹出现,原水疱干枯、塌陷,糜烂面干燥渗出减少,尼氏征阴性)继续用药 2～3 周,后开始减量,按先快后慢、先多后少的原则逐渐撤减,维持量一般为 10～15mg,次/d。多数患者须维持数年。如在减量过程中有少许水疱发生,应减慢撤减速度或同时加强局部应用皮质类固醇激素。口腔粘膜较皮肤损害愈合慢,故不作为撤减激素的指标,口腔粘膜损害可应用皮质类固醇激素混悬液加等量普鲁卡因局封,7～10d 1 次,连续 2～3 次。

(三)免疫抑制剂与皮质类固醇激素联合应用:2 类药物联合应用优于单用免疫抑制剂,亦可减少激素的用量及副作用。一般常用环磷酰胺(CTX)和硫唑嘌呤,均为 50～100mg,次/日,分次给药。CTX 最长用药 6 个月,总量 6～8g;硫唑嘌呤疗程 2 个月,若 6～8 周无反应,可视为无效可停药。免疫抑制剂起作用较慢,一般用药 4～6 周后出现效果。常是先减激素再减免疫抑制剂至维持量。应注意此类药物的副作用。

(四)抗生素:由于天疱疮皮肤粘膜糜烂,加之大剂量激素及免疫抑制剂的应用,极易继发细菌或真菌感染,应及时选用适当抗生素或根据疮面细菌培养及药敏情况选用。

(五)也可选用氨苯砜(DDS)、止血芳酸等药治疗。

(六)局部治疗:皮损疮面应保持清洁,可外用 2% 龙胆紫液、金霉素软膏、雷佛奴尔氧化锌油。应特别注意痂下感染,可用 1/8 000 高锰酸钾溶液清洗。口腔粘膜损害应用 2% 硼酸液、1% 双氧水漱口。伴有白色念珠菌感染时,应涂 2% 龙胆紫液、制霉菌素胶浆或制霉菌素片含化。眼结膜等处应及时清除分泌物,每日用抗生素眼膏点眼。

(七)中医治疗:

1. 热毒炽盛:治法:清热凉血,解毒利湿。方药:犀角地黄汤加减。

2. 湿热交阻:治法:清火解毒,健脾利湿。方药:除湿胃苓汤加减。

3. 阴伤胃败:本病后期多数结痂,消瘦,汗多,口角糜烂,神疲乏力,

舌红绛、苔薄，脉沉细数。治法：益气养阴、和胃解毒。方药：益胃汤加黄芪、太子参、知母、丹皮。

（八）单验方：

1．青黛散调麻油外敷搽。

2．银花、地榆各30g，野菊花、秦皮各15g。煎汤外洗。

硬　皮　病

硬皮病是以局限性或弥漫性皮肤及内脏器官结缔组织纤维化或硬化，最后发生萎缩的一种疾病。病因尚不明了。发病机理有免疫学说、胶原合成异常学说及血管学说。临床上可分为局限性硬皮病和系统性硬皮病。

[诊断要点]

（一）局限性硬皮病：

1．皮损初发时为略高出皮肤的淡红色斑，中心逐渐硬化，活动期周围常绕以紫红色晕，表面光滑发亮，境界明显。以后便开始萎缩，局部毛发脱落，颜色可呈黄白色或色素沉着。即分肿胀、硬化、萎缩3期。

2．皮损好发于胸、腹、臀、面颊及一侧肢体。可呈片状、带状、点状。发生于前额者，类似刀伤疤，头皮累及时可致永久性秃发。

3．组织病理有助诊断。

（二）系统性硬皮病：包括肢端硬化型和弥漫型。

1．初起以上肢远端开始呈进行性、对称性、非指凹性红斑肿胀，随之皮肤硬化发亮，指尖变细变硬，甚至出现溃疡。皮肤不能捏起。面部可致表情丧失呈假面具样，鼻变尖呈鹰嘴，口唇变薄收缩呈放射状，张口困难，舌系带变短。皮损处毳毛脱落，出汗减少。

2．多数患者有雷诺现象（Raynaud征），即指（趾）局部苍白、紫绀、红肿伴疼痛、麻木、发凉。硬皮病的皮肤颜色可有色素沉着或色素脱失，或在色素脱失部出现毛囊周围色素沉着，常见于上胸、背部、头皮及面部。

3．系统脏器损害：

（1）食道下2/3蠕动降低，可出现咽下困难、呃逆。也可累及十二指肠及小肠出现上腹疼痛、腹胀、腹泻或便秘。

（2）肺部可致肺纤维化，出现呼吸困难，肺功能降低。

(3)心脏受累主要侵犯心肌,也可同时侵犯心包及心内膜,可出现心悸、下肢水肿,不整脉或心力衰竭。

(4)肾脏受累时可出现蛋白尿、红细胞及管型尿。

(5)另外可有肌炎、肌萎缩、关节炎、骨质疏松及指(趾)末端破坏。

4.CREST 综合征(皮肤钙沉着、雷诺现象、食道功能障碍、肢端硬化、毛细血管扩张)为系统性硬皮病亚型,病情进展较慢,预后良好。

5. 实验室检查:抗核抗体(ANA)可阳性,抗 SCL－70 抗体在系统性硬皮病中特异性高,为该病的标志抗体。着丝点抗体是 CREST 综合征的标志抗体。高γ球蛋白血症,IgG 升高,循环免疫复合物及类风湿因子可阳性。皮肤组织病理有助诊断。

[治疗]

(一)分型治疗:

1. 局限性硬皮病:

(1)内服维生素 E,300mg/d,应用复方丹参等活血化瘀药。

(2)局部治疗:应用皮质类固醇激素混悬液 1～2ml 加等量或适量 2% 普鲁卡因于皮损处皮下注射。也可配合理疗。

2. 系统性硬皮病:

(1)保暖,休息,防止外伤,忌烟,避免精神紧张。

(2)皮质类固醇激素:本病对皮质类固醇激素治疗反应不是太好,主要用于弥漫性硬皮病,剂量不宜太大,如强的松 30～40mg/d,数周以后逐渐撤减至维持量 10～15mg/d。肢端型硬皮病、肺纤维化、肾损害时一般不用。

3. 复方丹参注射液 8～16ml(每支 2ml)加入 5% 葡萄糖液静滴,1 次/d,15～20 次 1 个疗程。

4. 可试用大剂量青霉素,400 万～800 万 u/d 加液体内静滴。

5. 可选用维生素 E、山莨菪碱、心痛定、烟酸、复春片、低分子右旋糖酐等。也可试用阿斯匹林、潘生丁。秋水仙碱对雷诺现象和皮肤硬化有一定疗效。

(二)中医治疗:

1. 气血凝滞:肢端怕冷,手指苍白而青紫、皮肤局部硬化如蜡,舌紫、苔薄白,脉沉细涩。治法:活血化瘀,通络理气。方药:血府逐瘀汤加丹

参、桑枝、甲珠、鸡血藤、蜂房。

2. 肾阳虚损：面色白㿠白，浮肿处皮肤如蜡样，耳鸣腰酸，脱发，畏寒肢冷，无汗，纳呆腹胀，便溏，尿清，阳痿遗精或月经紊乱，舌淡胖，脉细缓。治法：温肾散寒。方药：二仙汤合右归饮加减。

（三）针灸治疗：

1. 体针：取太冲、合谷、足三里、三阴交。平补平泻法，病灶周围用梅花针打刺。适用于气血凝滞型；取气海、关元、太溪、大枢、大横、建里、内关，用平补平泻法。适用于肾阳虚损。

2. 耳针：取肺、枕、内分泌、肾上腺、肝、脾、脑点。

（四）单验方：

1. 川楝子 60g、花椒 30g，食盐炒后布包，乘热时熨患处。

2. 伸筋草、透骨草各 30g，祁艾 15g，乳香、没药各 6g。煎水趁热洗。

瘢痕疙瘩

瘢痕疙瘩是皮肤结缔组织增生形成的良性肿瘤，又称“蟹足肿”。分原发性与继发性 2 种。原发性瘢痕疙瘩原因不太清楚，可能与遗传、内分泌、自身免疫有关。继发性瘢痕疙瘩常继发于外伤、烧伤、感染及手术后等。

【诊断要点】

（一）为较硬而具弹性的淡红色斑块，表面光滑或高低不平。皮损处无毛发生长，表面常有毛细血管扩张。

（二）原发损害常见于前胸正中及两肩部。继发损害常超出原损伤范围。

（三）自觉瘙痒、灼痛或刺痛，于天气变化时更明显。

【治疗】

（一）外贴皮炎灵或肤疾宁硬膏；或用皮质类固醇激素混悬液局部注射封闭。可有不同程度控制生长及减轻症状。

（二）用冷冻或 CO_2 激光将皮损去除后，再用激素混悬液局部封闭。

（三）手术切除皮损后，照射浅层 X 线，以防复发。

（四）不应单纯手术切除，因可再发且比原皮损更大。

血 管 瘤

血管瘤是由皮肤毛细血管扩张形成的良性肿瘤。属于先天性疾病。可分为3种。

【诊断要点】

(一)鲜红斑痣：

1. 皮损为大小不等、数目不一形状不规则鲜红或紫红色斑，压之退色。表面光滑，成年后可发生结节损害。

2. 好发于一侧面部及颈后部，发展缓慢，至一定程度不再发展。

3. 出生时或生后不久发病，发生于面部者常不能自行消退。

(二)草莓状血管瘤(单纯性血管瘤)：

1. 多于出生后不久出现。

2. 黄豆至草莓大或更大，界限清楚，高出皮面，质地软，鲜红色或紫红色，压之退色。

3. 好发于头面或躯干，3岁左右停止发展，6～7岁后70%可自行消退。

(三)海绵状血管瘤：

1. 出生时或生后不久发生。

2. 损害为较大柔软肿块，有弹性，挤压可缩小。位于皮下或粘膜下，外观呈蓝色或淡紫色，部位深者外观皮肤可正常。

3. 好发于头面及四肢。

【治疗】

血管瘤的种类、大小、部位不同，治疗各异。

(一)冷冻：用液氮冷冻瘤体使其坏死脱落。适用于草莓状血管瘤，试用于鲜红斑痣。

(二)激光：CO_2 激光适用于草莓状血管瘤。掺钕铝石榴石激光适用于海绵状血管瘤，鲜红斑痣可试用氩离子激光。

(三)硬化剂注射：应用5%鱼肝油酸钠液或消痣灵注入血管瘤基底部使其硬化萎缩。适用于海绵状血管瘤和混合性血管瘤(瘤体为草莓状与海绵状混合存在)。

(四)放射治疗：鲜红斑痣早期可用浅层X线照射。

(五)对婴儿血管瘤、生长迅速或累及眼、口、鼻、肛周、外生殖器等处或血管瘤伴血小板减少及紫癜者，可试用皮质类固醇激素治疗。如强的松 4mg/kg 体重(一般不超过 40mg)，隔日晨服 1 次，共 8 周，以后每周减 1/2量，一直减至隔日口服 5mg，每疗程为 10～11 周。如有效，可停药 4～6 周后进行第 2 疗程，甚至 3～4 疗程。此法对控制迅速长大的混合性血管瘤效果较好。若无效可改用其他治疗方法，治疗期间应注意该药的副作用。

基底细胞癌

基底细胞癌是一种起源于表皮基底层或皮肤附属器的恶性肿瘤，又称基底细胞瘤。进展缓慢，很少发生转移。

【诊断要点】

(一)多见于老年人。

(二)好发于面颈部，如鼻侧、前额及颞部。

(三)该病临床分 4 型，以结节溃疡型最常见。初为发亮之蜡样小结节，表面常有毛细血管扩张。结节渐增大或多个结节融合形成斑块，继而破溃形成溃疡。溃疡面扁平，周缘似珍珠样隆起并向内卷曲，具有特征性。其他尚有色素型、硬斑状或纤维化型和浅表型。

(四)组织病理：瘤细胞团位于真皮内，境界清楚，瘤细胞大，胞浆少，间桥不明显，边缘细胞呈栅状排列。基质与肿瘤团块之间有一裂隙，此现象有诊断价值。

【治疗】

(一)手术切除：切除范围大于皮损 0.3～0.5cm，深度达皮下组织。

(二)放射线治疗：本病对放射线较敏感。

(三)CO_2 激光或冷冻治疗，去除病灶。

鳞状细胞癌

鳞状细胞癌是起源于皮肤或粘膜棘细胞的恶性肿瘤，又称表皮样癌。易发生转移。

【诊断要点】

(一)50 岁以上男性多见。

(二)好发于头面、下唇和龟头等处。

(三)初为疣状结节或坚硬角化斑,继而发生溃疡向深部侵犯,周围炎性浸润,边缘高起,表面呈乳头样或菜花样,易出血,有臭味,自觉痛。

(四)组织病理:表皮棘细胞瘤性增生。侵入真皮,早期有癌珠、核分裂象多。

【治疗】

(一)早期手术切除。切除应扩大一定范围和深度。

(二)放射线治疗。

尖锐湿疣

尖锐湿疣又称生殖器疣或性病疣。病原体为人类乳头瘤病毒。约2/3由性行为传播,其他途径尚不完全明了,接触被污染的物品,用具可能是另一传播途径。

【诊断要点】

(一)多有婚外性行为或配偶感染史及其他间接接触史。

(二)损害为大小不等、淡红色或灰白色赘生物,其形状可有丘疹状、乳头状、鸡冠状或菜花状,可互相融合,基底常有蒂,表面湿润易出血。

(三)好发于男性的冠状沟、龟头、尿道口、系带、包皮内板等处;女性见于阴唇、尿道口、阴蒂、阴道壁及宫颈。也多见于男性间性恋的肛门部。

(四)用3%醋酸涂抹皮损,1~3min后皮肤变为白色,称醋酸白试验阳性。

【治疗】

(一)药物治疗:可选0.5%足叶草毒素外用,2次/d。20%足叶草脂酊外用,每周1~2次;3%酞丁胺霜或0.5%酞丁胺搽剂外用;50%三氯醋酸或疣敌外用。

(二)冷冻治疗:应用液体氮反复冻融疣体,数日后病灶坏死脱落。

(三)激光治疗:用CO_2激光对疣体进行碳化治疗。

(四)其他:可烧灼,对较大疣体可手术切除。

(五)中医治疗:湿热下注,蕴久成毒。治法:清热利湿解毒。方药:萆薢渗湿汤加苍术、土茯苓、紫草、板蓝根、七叶一枝花。

(四)耳针:肺、面颊、交感。

(五)单验方：

1. 马齿苋、苍术、蜂房、白芷、细辛、蛇床子、苦参、陈皮，水煎，熱洗患处。

2. 鸭胆子仁 10g、花生油 30g，浸泡 15d 后，涂擦患处。

3. 马齿苋捣烂外敷或用鲜姜蒂外擦。

淋　　病

淋病是由淋病双球菌引起的泌尿生殖系统化脓性感染。主要通过性交传播，属性传播疾病。

【诊断要点】

(一)有婚外性行为，配偶感染及其他密切接触史。平均潜伏期为3—5d。性生活过度、饮酒者，潜伏期可缩短；有不适当的治疗者，潜伏期可延长。

(二)男性表现为急性尿道炎，早期表现为尿道口红肿，尿道有瘙痒及灼热感。随病情进一步发展，可出现尿急、尿频、尿痛及尿道口流脓。部分患者可发展成后尿道炎，伴发淋菌性前列腺炎、精囊炎、附睾炎、尿道狭窄。也可反复发作，症状持续 2 个月以上成为慢性尿道炎。

(三)女性症状多较轻。主要为淋菌性宫颈炎、尿道炎、尿道旁腺炎及前庭大腺炎等。表现为轻度的尿路刺激症。还可有外阴瘙痒，白带增多，宫颈充血，宫颈触痛及脓性分泌物等。若发展至生殖道上段，可伴发输卵管炎、盆腔炎、输卵管脓肿、卵巢脓肿及其破裂后引起的盆腔脓肿、腹膜炎等。

(四)未成年女孩，尤其幼女阴道粘膜为柱状上皮，易被淋菌污染的衣裤、浴巾、便器等间接传染引起阴道炎、尿道炎及外阴炎，出现外阴红肿、尿痛及阴道脓性分泌物。

(五)淋菌性眼炎，成人多由自身感染。小儿多于出生时产道感染。表现眼睑红肿、流脓，甚至角膜穿孔导致失明。

(六)实验室检查：尿道及宫颈口分泌物涂片镜检可在中性多核粒细胞内查到革兰阴性双球菌。淋球菌培养阳性。

【治疗】

(一)无合并症淋病的治疗。

1. 淋菌性尿道炎(包括宫颈炎):

(1)1 次肌注普鲁卡因青霉素 G 480 万 u(分两侧臀部肌肉注射),同时内服丙磺舒 1g。

(2)羟氨苄青霉素 3g,加丙磺舒 1g,1 次口服。并同时应用强力霉素 100mg,2 次/d,共 7d。

(3)对青霉素耐药者可选用:

1)壮观霉素 2.0g(宫颈炎 4.0g),1 次/d,肌注。

2)氟哌酸 800mg,1 次/d,口服(儿童、孕妇及肝肾功能障碍者忌用)。

3)氟嗪酸 400mg,1 次/d,口服;或 200mg,2 次/d。

4)头孢噻肟钠 1.0g,1 次/d,肌注。

5)头孢西丁 2.0g,1 次/d,肌注。

6)头孢三嗪 250mg,1 次/d,肌注。

2. 淋菌性眼炎的治疗:

(1)成人用壮观霉素 2.0g,肌注,12h 1 次,共 2 次;小儿 40mg/kg 体重,1 次/d,肌注,共 7d。

(2)成人用头孢噻肟钠 1.0g,肌注,12h 1 次,共 2 次。小儿 25mg/kg 体重,肌注,2 次/d,共 7d。

(3)成人用头孢三嗪 1.0g;小儿 25～50mg/kg 体重,肌注,1 次/d,共 7d。高胆红素血症婴儿慎用。

3. 新生儿淋菌性眼炎的预防:新生儿出生后 1h 内应选用下列药物之一点眼:

(1)0.5%红霉素眼膏。

(2)1%四环素眼膏。

(3)1%硝酸银眼药水。

4. 儿童淋病的治疗(体重 45kg 以上按成人方案治疗):

(1)壮观霉素:40mg/kg 体重,1 次/d,肌注。

(2)头孢三嗪:125mg,1 次/d,肌注。

(3)对非耐药菌株感染可选用:羟氨苄青霉素 50mg/kg 体重,1 次/d 口服;或普鲁卡因青霉素 G10 万 u/kg 体重,1 次/d,肌注。以上疗法均同时口服丙磺舒 25mg/kg 体重。8 岁以上儿童应加服强力霉素 50～100mg,2 次/d,共 7d;四环素每日 40mg/kg 体重,4 次/d,共 7d。

(二)有合并症淋病的治疗：

1. 普鲁卡因青霉素 G 480 万 u，1 次/d，肌注(分两侧臀部肌注)，同时口服丙磺舒 1g。然后继续服氨苄青霉素 0.5g，4 次/d，同时服丙磺舒 1.0g，2 次/d，共 10d。

2. 对耐药菌株或对青霉素过敏者可选用下列药物：

(1)壮观霉素 2g，1 次/d，肌注，连服 10d。

(2)头孢三嗪 250mg，1 次/d，肌注，连用 10d。

(3)氟嗪酸 200mg，2 次/d，共 10d。肝、肾功能不全者、孕妇，儿童禁用。

(三)中医治疗：

1. 湿热下注：治法：清热利湿，杀菌解毒。方药：萆薢分清饮加柴胡、土茯苓、黄芩、龙胆草、滑石、甘草。

2. 阴虚邪恋：久病，时发时止，头昏乏力，腰膝酸软，舌红、苔少，脉细数。治法：滋阴清热。方药：知柏地黄丸加海金沙、女贞子、旱莲草、土茯苓。

(四)体针：取膀胱俞、中极、阴陵泉、肾俞、照海。

(五)单验方：

1. 海金沙、滑石各 30g，甘草 7g。共研细末，每次 6g，饭前灯芯汤调服。

2. 生大黄 30g，防风、大青叶、花椒、艾叶各 12g。煎汤洗浴阴部，2～3 次/d。

3. 蛇床子、花椒、白矾各 10g，煎水熏洗外阴。

4. 金银花、连翘、蒲公英、前仁、土茯苓、薏苡仁各 30g，赤芍、萹蓄各 15g，甘草梢 5g。水煎服，1 剂/d。

(三)治愈标准：治疗结束 2 周内，无性病再接触感染情况下，符合以下标准：①症状体征全部消失；②尿常规检查阴性；③分别于治疗结束后第 4d 和第 8d 男性患者由尿道取材；女性患者由宫颈和尿道取材，做分泌物涂片和培养，2 次均为阴性。

非淋菌性尿道炎

非淋菌性尿道炎是指有尿道炎的临床表现，但尿道分泌物中查不到

淋球菌。其病原体有40%～50%由砂眼衣原体(D－K血清型)引起，10%～20%由分解尿素支原体引起，少数由阴道滴虫、兰氏鞭毛虫、念珠菌及疱疹病毒引起，为性传播疾病之一。

【诊断要点】

(一)有婚外性行为或配偶感染史。潜伏期为10～20d。

(二)男性表现为尿道刺痒，有不同程度的尿急、尿痛及排尿困难。尿道口发红，可见少许稀薄粘液状分泌物。

(三)女性多表现为宫颈炎，可有白带增多、下腹疼痛、宫颈水肿，并有粘液脓性分泌物。

(四)尿道、宫颈分泌物淋菌镜检及培养阴性及尿道分泌物涂片中性粒细胞>5个/油镜。尿道或宫颈刮片衣原体抗原检查或衣原体培养阳性，或尿道刮片解脲支原体培养阳性。

【治疗】

(一)四环素0.5g，4次/d，共7d，然后改为0.25g/次，4次/d，再服14d，总共21d。

(二)强力霉素100mg，2次/d，共7d。

(三)美满霉素，首日1次200mg，以后每次100mg，2次/d，共8d。

(四)红霉素，500mg，4次/d，共7d。

孕妇或哺乳妇女应首选红霉素。如患者不能耐受红霉素，可用羟氨苄青霉素，每次500mg，3次/d，共7d。

梅　毒

梅毒是性传播疾病。病原体为苍白螺旋体，主要通过性交传染，也可通过胎盘及性外途径感染。

【诊断要点】

(一)一期梅毒(硬下疳)：

1．有婚外性交或配偶感染史。潜伏期为2～3周。

2．硬下疳数目一般只有1个，直径1～2cm，圆形，质地硬，表面呈肉红色糜烂，无自觉痛及压痛，3～8周可自行消退。

3．下疳多发生在男性阴茎包皮、冠状沟、系带、龟头；女性见于大小阴唇或子宫颈。也可见于唇、咽、肛门。

4. 多伴腹股沟淋巴结肿大，表面皮肤无红肿、不疼痛、不化脓。

5. 实验室检查：暗视野显微镜可见梅毒螺旋体。梅毒血清试验阳性（感染不足2～3周时，不加热血清反应素试验可阴性）

（二）二期梅毒：

1. 有婚外性交史，或有一期梅毒史。一般在感染7～8周或硬下疳出现6～8周后发病。病期在2年以内。

2. 主要表现为梅毒疹，可见斑疹（类似玫瑰糠疹）、丘疹、斑丘疹及鳞屑性丘疹（类似银屑病）。常泛发、对称，掌跖可见暗红斑及脱屑性红斑。外阴、肛门处可发生扁平湿疣，并可出现粘膜斑。头发呈虫蚀状脱发。浅表淋巴结可肿大及全身不适。

3. 实验室检查：暗视野显微镜检查可在扁平湿疣及粘膜斑上查到梅毒螺旋体。梅毒血清试验呈强阳性。

（三）三期梅毒：

1. 有感染史或一、二期梅毒史。

2. 皮肤可出现结节性梅毒疹及皮肤、粘膜树胶样肿。上腭及鼻中隔树胶肿可致上腭、鼻中隔穿孔及马鞍鼻。晚期可累及心血管系统引起单纯性主动脉炎，主动脉瓣闭锁不全和主动脉瘤，少数患者累及神经系统出现梅毒性脑膜炎、脊髓痨与麻痹性痴呆。

3. 实验室检查：非螺旋体抗原血清试验可阳性也可阴性。螺旋体抗原试验阳性。神经梅毒脑脊液中白细胞和蛋白增高，性病研究实验室试验阳性。

【治疗】

（一）一、二期梅毒的治疗：

1. 苄星青霉素G（长效青霉素）：240万u，分两侧臀部肌肉注射，每周1次，共2～3次。

2. 普鲁卡因青霉素G：80万u/d，肌肉注射，连续10～15d，总量为800万～1 200万u。

对青霉素过敏者可选用：①四环素500mg，4次/d，连服15d；②强力霉素100mg，2次/d，连服15d。

（二）三期梅毒的治疗（不包括心血管及神经梅毒的治疗）：

1. 苄星青霉素G，240万u，每周1次，肌肉注射，共3次。

2. 普鲁卡因青霉素 G：80 万 u/d，肌肉注射，连续 20d。

对青霉素过敏者可选用：①四环素，500mg，4 次/d，连服 30d；②强力霉素 100mg，2 次/d，连服 30d。

神经性皮炎

神经性皮炎是以阵发性剧痒和苔藓化为特征的皮肤病。病因尚不完全明了，一般认为与精神、神经因素有关，患者多伴有失眠、头晕、焦虑、情绪紧张等神经衰弱症状。

【诊断要点】

（一）初为局部瘙痒，搔抓后出现不规则、圆形或多角形扁平小丘疹，密集融合成片状。皮损干燥，浸润肥厚，皮肤嵴沟明显，呈苔藓样变。

（二）本病好发于项部、颈两侧、肘伸侧、骶尾部、股内侧、腘窝及踝伸侧的皮肤。也可泛发全身，此称泛发性神经性皮炎。

（三）自觉阵发性瘙痒，易反复发作，病程慢性。

【治疗】

（一）避免精神紧张、劳累，忌食刺激性食物，忌过度搔抓及热水烫洗。

（二）外用止痒剂及皮质类固醇激素，如去炎松霜、尿素－去炎松软膏、氯氟舒松乳膏等外敷，或用皮炎灵、肤疾宁硬膏外贴。可用 0.25%～0.5% 盐酸普鲁卡因注射液或强的松龙混悬液 1ml，加适量或等量 2% 普鲁卡因注射液皮损内注射，每周 1 次，共 2～3 次。

（三）酌情应用抗组胺药及镇静剂。

（四）中医治疗：

1. 风湿热型：治法：散风清热祛湿。方药：消风散加金银花、白菊。

2. 血虚风燥型：治法：养血祛风。方药：当归饮子加苦参、乌梢蛇。

（五）针灸治疗：

1. 体针：曲池、合谷、血海、三阴交，配天枢、内关、委中、足三里。

2. 灸法：用艾条或艾炷隔姜灸患处。

3. 拔罐：大椎、风门、膈俞、脾俞；身柱、肺俞、肝俞。每次 1 组，先针后拔罐。

4. 头针：对侧感觉区上 3/5，足运感区。

5. 耳针：神门、枕、皮质下、肾上腺或敏感点。

6. 贴敷：

(1)土大黄 24g，枯白矾 6g。共研末，用醋调成糊状、涂搽患处。1～2 次/d.

(2)生半夏、斑蝥、白狼毒各等份，共研细末，用适量米醋调成糊状，涂抹患处。可连续涂抹，至局部呈炎症反应、充血、微凸出皮肤，其颜色发白为止。

(3)鸡蛋 3 个、黑醋 500ml，把鸡蛋放在醋内浸泡 1 周，取出去壳，搅成糊状外敷。

(4)土槿皮 90g、槟榔 30g，研细末，醋调成糊，敷贴患处，1 次/d。

瘙 痒 症

瘙痒症是指临床上无原发皮疹而仅有瘙痒的皮肤病。临床上可分为全身性和局限性瘙痒症。病因较为复杂，全身性瘙痒可以是一个单纯的疾病，也可为某些系统性疾病的一个症状。如糖尿病、肾功能不全、肝胆疾患、血液病、何杰金病、内脏恶性肿瘤、肠寄生虫病、月经不调等。也可与年龄、皮肤干燥、气候变化、进食辛辣食物、饮酒有关。局限性瘙痒常与蛲虫、痔疮、白带、滴虫、多汗有关。

【诊断要点】

(一)初发仅有瘙痒而无原发皮疹。

(二)搔抓后可出现抓痕、血痂、色素沉着，久之可使皮肤增厚呈苔藓样改变。有时也可继发感染。

(三)瘙痒为阵发性，常于环境温暖、情绪激动、食刺激性食物、饮酒及脱衣就寝时发作。

(四)局限性瘙痒常局限于肛门、阴囊、女阴、小腿、头皮等处。常与肛裂、蛲虫、真菌及滴虫感染有关。

【治疗】

(一)积极查找病因，治疗有关疾病。

(二)避免热水烫洗，过度搔抓及外用刺激性强的药物，忌酒及有刺激性的食物。

(三)内用治疗：可选用各种抗组胺药及镇静止痒剂，如扑尔敏、苯海拉明、赛庚啶、多虑平、安定等。对夜间痒甚者，睡前可加强给药。对老年

性瘙痒可应用维生素A、维生素E。老年男性患者可选用丙酸睾丸酮25mg，每周2次，肌注；甲基睾丸酮5mg，2次/d。女性患者可服乙烯雌酚（月经后5～10d用）0.5～1mg，1次/d；黄体酮10mg，1次/d，肌注。

（四）外用药治疗：全身瘙痒可外搽止痒药水、酚炉甘石洗剂、复方甘油洗剂，进行淀粉浴、糠浴或麦饭石浴。局限性瘙痒症应对因治疗。小腿或四肢冬季瘙痒可外搽尿素软膏和皮质类固醇软膏。

（五）中医治疗：中医认为瘙痒症系由于血虚风燥或风湿蕴阻。治法：养血润肤，疏风止痒。方药：荆防四物汤、消风散、龙胆泻肝汤加减。

外用苦参、地肤子、蛇床子、防风、百部、野菊花各20g，加水2 000～3 000ml，煎后熏洗。

（六）针灸治疗：全身瘙痒者可选合谷、神门、曲池、足三里、三阴交、血海等穴位。肛门瘙痒者可取长强穴。阴囊及女阴瘙痒病可选三阴交、肾俞、关元等穴位。亦可用耳针，取神门、肺、皮质下诸穴。

过敏性紫癜

过敏性紫癜主要是毛细血管及细小动脉的变应性血管炎性改变，病因较复杂。可能为细菌、病毒、寄生虫、食物或药物引起。小儿上呼吸道感染是常见诱因。其发病机理可能是抗原抗体免疫复合物沉积引起的坏死性血管炎。

【诊断要点】

（一）以儿童、青少年多见。

（二）发病前常有呼吸道感染、低热、头痛、不适等前驱症状。

（三）初发皮疹为散在小瘀点及荨麻疹样皮疹，并很快变为出血性，压之不退色，皮疹略微隆起，可融合成片，也可发生水疱或溃疡。皮疹可反复出现与消退。

（四）若累及消化道可出现腹痛、恶心、呕吐及血便，重者可发生肠套叠及肠穿孔，称腹型紫癜。若累及关节，可出现关节疼痛、肿胀，多见于膝踝关节，称关节型紫癜；若累及肾脏，可出现蛋白尿、血尿或管型尿，称为肾型紫癜。

（五）血小板计数，出、凝血时间均正常。毛细血管脆性试验阳性。

【治疗】

(一)避免剧烈活动,注意休息。

(二)有明显感染诱因的,应选用抗生素,如青霉素、红霉素等。

(三)应用维生素C、路丁、钙剂及抗组胺药。亦可应用潘生丁,可有抗病毒及预防肾损害的作用,每日用量为3～5mg/kg体重。

(四)伴有关节、消化道和肾脏损害时可全身应用皮质类固醇激素。也可应用山莨菪碱:成人30mg/d,小儿每日0.5～1mg/kg体重。

(五)雷公藤加小剂量激素及抗生素治疗效果较好。

(六)中医治疗:根据本病的临床症状辨证论治,血热者以凉血止血为主;气血不足者以益气摄血为主。可选服归脾丸或十灰丸。

常用验方为紫草根25～30g,槐花5～10g,1贴/d,煎服。

结节性红斑

结节性红斑为结节性皮下组织非特异性炎症皮肤病。病因较复杂,多与感染有关,如病毒、细菌、结核、真菌等感染。也可是其他疾病的症状之一。

【诊断要点】

(一)中、青年女性多见。

(二)发病前常有上呼吸道感染、发热、乏力、关节痛等症状,也可突然发病。

(三)皮疹多发于小腿伸侧,对称分布,少数可发生于屈侧,股部及上肢。

(四)皮疹为花生至枣大圆形或椭圆形结节,鲜红色,略高出皮面,表面光滑发亮,有疼痛及压痛。结节可自行消退,颜色变暗,但不破溃。

(五)本病有自限性,但可复发。

【治疗】

(一)急性期应卧床休息,抬高患肢。

(二)积极查找病因去除之。有明显感染诱因者,应选用抗生素。

(三)应用非激素类消炎药,如消炎痛、阿斯匹林。同时应用抗组胺药,如维生素C、钙剂。也可选用潘生丁、复方丹参片。

(四)皮疹较多、病情较重者,可用皮质类固醇激素及雷公藤。

(五)中医治疗

中药以活血化瘀,清热利湿为治则。用萆薢渗湿汤加减或用膈下逐瘀汤加减。

皮肤结节性血管炎

皮肤结节性血管炎为发生于下肢的深在性血管炎。其病因可能与慢性感染灶、结核等引起的变态反应有关。

【诊断要点】

(一)多见于中年女性。

(二)损害多发于臀部以下小腿屈侧,可不对称。

(三)皮疹为大小不等、数目不一的皮下结节,有不同程度的疼痛及压痛。

(四)结节于2~6周可自行消退,留色素沉着斑,皮损极少破溃或融合。

(五)本病常于春夏季发病,可反复发作,站立过久或行走时间过长可使病情加重。急性期可有发热、乏力、头痛。

【治疗】

(一)急性期应卧床休息,抬高患肢,避免长久站立及过多行走。

(二)查找病因并去除之。

(三)可选用消炎痛,抗生素(如四环素)。也可以氨苯砜与抗生素合用。

(四)对较重病例,可用皮质类固醇激素及雷公藤。

寻 常 疣

寻常疣为乳头瘤病毒感染。俗称"刺瘊"。

【诊断要点】

(一)为帽针头至玉米籽大小或更大,半球形,质地较硬,表面粗糙呈多刺状,也可有细长柔软的丝状疣。发生于足跖部的寻常疣称跖疣;发生于甲周或甲下者称甲下疣及甲周疣。

(二)有触痛,破后易出血。

【治疗】

(一)局麻下 CO_2 激光烧灼。

(二)液氮冷冻。

(三)刮匙刮除或用棉签按压推除(适用于基底较小或带蒂者)。

(四)系线法,用丝线于疣根部系紧,使疣体缺血坏死脱落(适用于带蒂者)。

(五)试用40%疱疹净膏、5%氟尿嘧啶膏或鸦胆子。

(六)0.1%争光霉素或氯丙嗪注射液疣基底部注射。

(七)泛发者可配合全身用药,注射维生素 B_{12}、聚肌胞注射液及转移因子等。

(八)中医治疗:

1.内治:

(1)治疣汤:桃仁、红花、熟地、大青叶、板蓝根、赤芍、山甲、首乌、甘草。

(2)马齿苋合剂:马齿苋、大青叶、败酱草、紫草。

2.外治:将小片硬膏剪一个与疣体大小相同小孔贴于疣部,使疣露出及保护周围皮肤,将去皮捣碎的鸦胆子仁少许敷于疣上,其上再贴1层硬膏,隔日更换1次。

3.针刺:用针尖从疣顶部刺到基底部,四周再用针刺以加强刺激,针后挤出少量血液,有效者3~4d可以脱落。

传染性软疣

传染性软疣,俗称"水瘊"。由痘病毒引起。直接接触传染或自身接种传染,潜伏期为2~3周。

【诊断要点】

(一)本病多见于儿童及青少年。

(二)皮疹为粟粒至绿豆大半球形丘疹,有蜡样光泽,一般为正常皮色或稍白及微红,中心有一凹陷似脐窝,常散在或成群分布。挤破后可见一乳白色豆腐渣样物排出,此称软疣小体。

(三)好发于胸背及上肢近端,其他部位也可发生。自觉轻度瘙痒,抓破继发感染后疣体可自行消退。

【治疗】

（一）局部消毒后用刮匙将疣体刮除或用小止血钳将疣中软疣小体挤出，再涂以碘酒即可。

（二）已继发细菌感染的不予处理，可外用碘酒，1～2 次/d。

【预防】

不与患者接触，尤其共寝、共用浴巾等。避免搔抓引起自体接种传染。

扁 平 疣

扁平疣为乳头瘤病毒引起，也称青年扁平疣。直接接触和自身接种传染。

【诊断要点】

（一）为米粒至黄豆大棕褐色或皮色扁平丘疹，圆形或多角形，可散在也可群集。可因搔抓沿抓痕呈串珠状排列。

（二）多见于青少年，好发于面部及手背。无症状或觉轻微瘙痒。

【治疗】

（一）25% 氟尿嘧啶膏、酞丁胺膏或搽剂点涂疣面；或试用乌洛托品片外搽。

（二）CO_2 激光或冷冻治疗。

（三）可肌注维生素 B_{12}，250μg，1 次/d。聚肌胞注射液 2ml，隔日 1 次肌注。左旋咪唑 50mg，3 次/d，连服 3d，2 周后观察如无效果，再服 1 个疗程。也可内服潘生丁片、甲氰咪呱片、乌洛托品片等。

（四）也可试用疣体埋藏疗法。

单 纯 疱 疹

单纯疱疹是由单纯疱疹病毒引起的病毒性皮肤病。病毒经呼吸道、口腔、生殖器粘膜或破损皮肤进入人体呈隐性感染，当机体抵抗力降低时可发病。本病不产生永久免疫力，故常反复发作。

【诊断要点】

（一）先于局部感觉灼痒或疼痛，随即出现红斑，并在红斑上出现群集性针头至绿豆大水疱，疱破后出现糜烂，数日后干燥结痂。

(二)皮疹好发于皮肤粘膜交界处，如口角、唇缘、眼睑及面颊等。生殖器疱疹常发生于包皮、龟头、阴唇、阴道及宫颈(生殖器单纯疱疹常由性关系传染)。

(三)自然病程为2周左右，但可于同一部位反复发作。

(四)多见于高热、感冒、胃肠功能失调及过劳后发病。

【治疗】

目前对单纯疱疹尚无治疗和预防复发的特效方法。常用的治疗方法有：

(一)左旋咪唑片，每次50mg，3次/d，每周连服3d，共2周；甲氧咪呱片，0.2g/次，3次/d。潘生丁片，每次50mg，3次/d；无环鸟苷片，效果较好，每次0.2g，5次/d，连服3～6d。亦可接种卡介苗、口服脊髓灰质炎疫苗或阿糖胞苷。

(二)局部可外用2%龙胆紫液；0.1%硫酸锌溶液湿敷；5%无环鸟苷霜及肽丁胺搽剂外用。

(三)中医治疗：

1. 风热上感：疱疹多见于口角、唇缘及鼻孔下等处，微热，心烦，便秘尿赤，苔薄黄，脉滑数。治法：疏风清热。方药：银翘散。

2. 湿热下注：病在会阴及外生殖器，便秘尿赤，苔黄腻，脉滑数。治法：清热利湿。方药：龙胆泻肝汤加减。

3. 脾胃积热：疱疹反复发作，口苦、臭，烦渴便秘，舌红、苔黄燥，脉洪数。治法：清脾胃积热。方药：竹叶石膏汤合栀子金花汤。

(四)单验方：

1. 马齿苋30g，板蓝根15g，紫草、败酱草各10g。水煎服，1剂/d。

2. 马齿苋30g，水煎，用纱布凉湿敷。

带状疱疹

带状疱疹是水痘－带状疱疹病毒引起的病毒性皮肤病，是由水痘系同一病毒引起的不同临床表现。原发感染常为水痘，继发感染即带状疱疹。人体被感染后病毒可潜伏于体内，当机体抵抗力下降时发病。愈后一般可获终身免疫。

【诊断要点】

(一)发病前局部可先有疼痛或感觉过敏,数日后于患部出现簇集性丘疹、水疱,也可发生血疱甚至坏死。水疱逐渐干枯、结痂。自觉疼痛,老年患者疼痛更甚。

(二)好发于肋间神经、颌神经、三叉神经第1支支配的皮肤区域。

(三)带状排列,单侧分布,一般不超过正中线。

(四)自然病程2~4周,有时愈后遗留神经痛可持续数月或更久,以老年患者多见。

【治疗】

(一)抗病毒,增强机体免疫功能:无环鸟苷,每次0.2g,5次/d服,共6d。阿糖胞苷,每日1~2mg/kg体重,静滴;潘生丁片,每次50mg,3次/d;甲氰咪呱片每次0.2g,3次/d;聚肌胞注射液,每次1支,隔日肌注;维生素B_{12}0.25~0.5mg,1次/d,肌注;转移因子注射液,每次2ml,1周2次,皮下注射。

(二)消炎镇痛剂:消炎痛,25mg,3次/d。也可酌情应用去痛片、维生素E、维生素B_1(20mg/次,3次/d),可减轻和防止神经痛。对痛甚者亦可选用多虑平、卡马西平、苯妥英钠等。

(三)对老年重症患者可短程应用皮质类固醇激素,如强的松每日30mg/d,连服7~10d,以减轻受累神经的炎性损伤。

(四)外用5%无环鸟苷霜、2%龙胆紫溶液和肽丁胺搽剂。眼部的疱疹性结膜炎可用0.1%~0.5%疱疹净眼液滴眼。

(五)中医治疗:

1.肝胆热毒:症同前述。伴口苦咽干,舌红、苔黄,脉弦滑数。治法:清肝胆热,通腑解毒。方药:龙胆泻肝汤加减。

2.脾经湿热:症同前述。伴纳差、腹胀、便溏,舌胖、苔黄腻,脉濡数。治法:清热利湿,解毒止痛。方药:除湿胃苓汤加减。

3.气滞血瘀:有血疱、脓疱、血痂或坏疽,舌暗、有瘀斑、苔微黄,脉弦涩。治法:活血化瘀,理气止痛。方药:血府逐瘀汤。

(六)针灸治疗:

1.体针:内关、曲池、阴陵泉、三阴交。面部加四白、睛明;脐上加合谷;脐下加足三里。

2. 灸法：用艾条灸疱疹及其周围皮肤。

3. 拔罐：先拔皮损两端，后沿带状分布依次拔在疱疹集簇处。也可取大椎、肝俞、阿是穴或身柱、脾俞、阿是穴，2组交替，均用刺络留罐法。

4. 耳针：取肝区、神门埋针。

(七)贴敷：雄黄、五倍子、胡黄连、枯矾各等份，研末，凉茶水调敷患处，1～2次/d。

银屑病

银屑病俗称"牛皮癣"，是一种常见易复发慢性红斑鳞屑性皮肤病。病因不清，可能与遗传、感染、代谢障碍、内分泌功能紊乱、神经精神因素及免疫有关。

【诊断要点】

(一)皮疹好发于四肢伸侧，如肘、膝关节伸侧，其次为头皮、躯干。

(二)皮疹为基底淡红、表面覆银白色鳞屑的丘疹或斑块。刮去鳞屑可见一半透明蜡样薄膜，薄膜刮除后可见点状出血。银白色鳞屑、蜡样薄膜、点状出血为该病皮损的3个特征。皮损发生于头皮者，头发呈束状似毛笔头。甲损害时，甲板呈点状凹陷，似"顶针状"。

(三)皮损形态有点滴状、钱币状、盘状、地图状。根据皮肤活动情况，可分为进行期、静止期及退行期。

(四)病程慢性，易复发，多冬重夏轻。

(五)另外，尚有特殊类型的银屑病，如关节病型银屑病、红皮病型银屑病和脓疱型银屑病。

【治疗】

(一)寻找并去除可疑诱因，若有明显的上呼吸道感染诱发，可应用抗生素，如红霉素、青霉素等。

(二)慢性患者可选用维生素E、氨肽素、维生素B_{12}、消银片、克银丸等。寻常型银屑病禁用激素。亦不主张用抗肿瘤药，如乙亚胺、乙双吗啉等。

(三)外用药治疗：进行期避免外用强刺激药物。可选用去炎松霜、10%黑豆馏油软膏、乐肤液、氯氟舒松软膏、维胺脂软膏、皮炎宁酊、0.1%～1%蒽林软膏等。

(四)光化学疗法(PUVA):即补骨脂加长波紫外线照射。也可选用水疗等。

(五)中医治疗:

1. 血热:多见于寻常型银屑病的进行期或红皮病型银屑病。治法:消热凉血,祛风止痒。方药:化斑汤加苦参、白鲜皮、防风、地龙、乌梢蛇。

2. 血燥:多见于寻常型的静止期或消失期。治法:养血润燥。方药:生血润肤饮加乌梢蛇、防风、僵蚕。

3. 血瘀:多见于寻常型的静或退行期。治法:活血化瘀。方药:血府逐瘀汤。

4. 风湿:相当于关节型银屑病。治法:祛风除湿,活血通络。方药:独活寄生汤。

5. 热毒型:常见于脓疱型银屑病。治法:清热解毒凉血。方药:五味消毒饮加减。

6. 肝肾不足:鳞屑不多,颜色灰白,腰膝酸软,男子阳痿遗精,女子皮疹的变化与妊娠或月经期的变化有关。舌胖、苔薄,脉濡细。治法:调摄冲任。方药:二仙汤合六味地黄汤。

(六)针灸治疗:

1. 体针:取曲池、膈俞、血海、足三里。

2. 拔罐:取大椎、风门、肝俞,以及身柱、肺俞、脾俞。

3. 耳针:取肺、脾、屏间、下屏尖、缘中、神门、皮损相应点。

4. 贴敷:黄柏研末 30g,加凡士林 70g,调成膏,涂敷患处。

5. 割治:用三棱针点刺耳背静脉,放血少许。再用手术切划破耳轮脚凹处,外敷胡蒜糊(胡椒粉、紫皮蒜各 10g,捣烂调匀),胶布固定。

(七)单验方:

1. 山豆根 15g,夏枯草、地榆各 30g。水煎服,4 周为 1 疗程。

2. 槐花炒黄后研成粉,每次 3g,日服 2 次。

玫瑰糠疹

玫瑰糠疹为一自限性红斑鳞屑性皮肤病。病因不清楚,可能与病毒感染或自身免疫有关。

【诊断要点】

(一)常先出现一圆形或椭圆形淡红色鳞屑斑,逐渐增大,直径可达数厘米。此称为母斑。数日后可出现大量椭圆形玫瑰色、中心略呈黄色的鳞屑斑,长轴与皮纹走向一致,境界清楚,表面覆有细薄糠秕样鳞屑。

(二)皮疹于2-3周后开始消退,消退顺序一般是先中心后边缘,往往皮损呈环状,很似体癣。整个病程为6-8周或更长。

(三)皮疹好发于躯干及四肢近端,有不同程度的瘙痒。部分患者可有低热、全身不适等前驱症状。

【治疗】

(一)维生素B_{12} 0.25-0.5mg,1次/d,肌注。

(二)皮损广泛、症状明显者,可用抗组胺药及小剂量皮质类固醇激素。

(三)紫外线照射。

(四)糠浴或麦饭石浴。

(五)中医治疗:风热血热,郁阻皮肤。治法:清热凉血,散风止痒。方药:凉血消风散加紫草、丹皮、地肤子。久治不愈者,加鸡血藤、丹参。

(六)针灸治疗:

1.体针:取合谷、曲池、足三里、血海、风市。

2.拔罐:见银屑病。

(七)单验方:

1.板蓝根30g、紫草15g,煎汤内服。

2.苦参、蛇床子各30g,椒目、明矾各12g。煎水去渣取药液外洗患处。

酒 渣 鼻

酒渣鼻是一发生在鼻面部的慢性炎症。病因尚不完全明了,可能与面部血管运动功能失调,消化、内分泌功能障碍,精神因素,嗜酒等有关。部分酒渣鼻患者与寄生在毛囊皮脂腺内的毛囊虫的刺激有关。

【诊断要点】

临床可分为3期:

(一)红斑期:仅有红斑损害,可发于鼻、面颊、颏部等,可见轻度毛细

血管扩张。情绪激动、食辛辣食物及饮酒、月经期可加重。常伴皮脂增多、毛孔扩大。

(二)丘疹脓疱期:红斑期进一步发展可出现小米至绿豆大丘疹及脓疱,病程慢性,可迁延数年及阵发性加剧。

(三)鼻赘期:为酒渣鼻的晚期损害。鼻部皮脂腺和结缔组织增生,毛囊口扩大,毛细血管扩张,鼻部肥大并紫红色结节及肿瘤样突起。

【治疗】

(一)忌酒及辛辣食物,纠正有关致病因素。

(二)四环素,每次0.25g,2~3次/d,服3~4周。

(三)灭滴灵片,每次0.2g,2~3次/d,服2~4周。

(四)维生素B_6,20mg,3次/d,服2~4周。

(五)外用3%灭滴灵霜、新灭霜、希尔生液、复方硫磺霜等。

(六)鼻赘期可用手术划切法治疗。

(七)中医治疗:

1. 内治:治法清热凉血、活血化瘀。方药:可用凉血四物汤加减或枇杷清肺饮加减。

2. 外治:颠倒散洗剂外搽,3次/d。

3. 针刺:患处可用七星针轻刺,1次/d。

脂溢性皮炎

脂溢性皮炎是皮肤脂溢部位的慢性炎症性皮肤病。病因尚不完全清楚,与遗传、内分泌失调、皮脂增多、神经精神因素,以及细菌、真菌的滋生有关。婴儿脂溢性皮炎与从母体获得过多的雄激素有关。

【诊断要点】

(一)皮损好发于头、面、鼻旁沟及肩胛间等皮脂腺较多的部位。重者可泛发全身。

(二)皮疹为暗红色丘疹或斑片,伴油腻性鳞屑和痂皮。于头皮可见大量糠秕状脱屑或油腻性黄痂,重者有渗液,毛发弯曲,久之头顶部可见脂溢性脱发。

(三)婴儿脂溢性皮炎皮损多在头顶、眉及眉间、额部,常覆较厚的黄色油腻痂,并见红斑和渗液。

【治疗】

(一)限制糖、脂肪摄入，不宜食辛辣刺激性食物和酒等。

(二)口服维生素 B_6、维生素 B_2。

(三)可试用甲氰咪呱等以对抗雄激素。也可酌情应用抗生素。

(四)可用硫磺肥皂等洗头，外搽复方氯霉素洗剂、复方咪康唑霜、硫磺水杨酸霜、希尔生液及头皮洗剂。婴儿头面部脂性厚痂，应用植物油浸软后去除，不能强行剥离或用热水洗。

(五)中医治疗：中药以养血、祛风、润燥、清热为主。可用荆防牛蒡汤或龙胆泻肝汤内服。

寻常痤疮

寻常痤疮是男女青春期常见的一种毛囊、皮脂腺慢性炎症，俗称"青春痘"。青春期过后大多自然痊愈或减轻。致病主要因素是雄激素分泌过多，皮脂分泌增加，毛囊口角化及痤疮棒状杆菌的滋生等。

【诊断要点】

(一)早期皮损多为黑头粉刺，挤压时可见带黑头的皮脂栓排出，一般有多种皮损同时存在，如丘疹、脓疱、结节及囊肿，愈后常留点状凹陷性瘢痕或增生性瘢痕。

(二)皮损好发于面颊、前额，重者见于上胸部及背部等皮脂腺较多的部位。

(三)多无自觉症状，炎症明显时可有疼痛及触痛。青春期发病，青春期后常自愈或减轻。

【治疗】

(一)内用治疗：

1. 维生素类：可口服维生素 A 2.5 万 u，3 次/d，连服 4～8 周。口服维生素 B_6、维生素 B_2、复合维生素 B、泛酸钙等。

2. 维甲酸类：13－顺维甲酸每日 0.5～1mg/kg 体重，口服，连服 4～8 周；国产维胺脂 25mg，3 次/d，1 个月为 1 疗程。

3. 抗雄性激素类：

(1)对皮损较多，程度较重者可内服乙烯雌酚 1mg，1 次/d，10d 为 1 个疗程。女性患者在月经后第 5d 使用。

(2)某些女患者在月经前症状加重者,可于月经来潮前第10d注射黄体酮10mg,来潮前第5d再注射黄体酮5mg。

(3)复方炔诺酮:男性1片/d,连服4周;女性按避孕药规定服用。

(4)安体舒通:40～60mg/d,连服1个月。

(5)西米替丁:0.4～0.6g/d,连服1个月。

4.抗生素:

(1)四环素:初次治疗量每次0.25g,4次/d,3～4周后,逐渐减量至0.25g/d,维持1个月。

(2)红霉素:用法、用量及时间同四环素。

5.锌制剂:硫酸锌片,每次0.1～0.2g,3次/d;或口服甘草锌片。

(二)外用治疗:外用乳膏有如下几种:

1.维胺脂乳膏,5%～10%过氧化苯甲酰乳膏等。

2.2%红霉素软膏、复方氯霉素酒精、特丽仙暗疮水(磷酸氯洁霉素)。

3.5%硫磺霜。

(三)自血疗法:抽自身静脉血5～10ml,臀部肌肉注射,每周1次,4～6次1个疗程,对炎症显著及囊肿性痤疮效果明显。

(四)亦可选用倒膜或面膜治疗。

(五)中医治疗:

1.肺热血热:颜面潮红,粉刺燥热,疼痛,甚至起脓疱,舌红、苔薄,脉细数。治法:凉血清热。方药:枇杷清肺饮加赤芍、生地、黄芩、丹皮、石膏、甘草,减人参。

2.脾胃湿热:症同前述。皮肤油腻,纳呆腹胀,便秘尿赤,苔黄腻,脉滑数。治法:清化湿热。方药:甘露消毒丹加减。

3.脾虚痰阻:皮疹以脓疱、结节、囊肿、瘢痕为主,体胖,纳呆便溏,舌黄腻,脉滑。治法:健脾利湿,清热化痰。方药:六君子汤加白芥子、丹参、前仁、白花蛇舌草、海藻、莪术、牡蛎。

4.冲任不调:皮损变化与经期变化关系密切,并可伴有月经不调或痛经,舌黯红、苔薄黄,脉弦细数。治法:调摄冲任,疏肝解郁。方药:逍遥散加丹皮、生地、益母草。

(六)针灸治疗:

1. 体针：取曲池、合谷、灵台、委中为主穴。生于面颈部加商阳、足三里、内庭；上胸部加尺泽；上背部、肩部加肩井。

2. 耳针：神门、内分泌、皮质下及相应部位。

3. 皮肤针：取大椎、身柱、神道、至阳、筋缩、命门，常规消毒后，用左手将穴位提起，右手用七星针弹刺，弹刺后，用火罐在穴位上吸拔20min，起罐后再次消毒，1次/d。

4. 挑治：用三棱针找背部小红点挑刺。

(七)单验方：

1. 白花蛇舌草，9～30g/d，水煎服。

2. 黄芩、黄连、大黄等份研末，每次5g，日服2～3次，温开水送服适用于痤疮伴便秘者。

(八)饮食疗法：

1. 山楂15g、莲叶1张，加冰糖少量，水煎代茶。

2. 绿豆、百合各适量，加冰糖少许，煮汤服食。

隐翅虫皮炎

隐翅虫皮炎是接触隐翅虫体液引起的皮肤炎症。此虫夜间活动，有向光性，常在灯光下飞翔。若停附于人体皮肤，将其打破或压碎，其液体(一种强酸毒素，其pH值为1～2)溢出后触及皮肤，于数小时至十余小时出现皮肤炎症反应。

【诊断要点】

(一)本病发于夏、秋季。

(二)皮疹易发于面、颈、胸、四肢等暴露部位。

(三)皮损为条状、片状、点状红斑水肿，类似铁丝划伤，表面密集小脓疱及小水疱。

(四)自觉疼痛，严重者可有发热、头痛、恶心等不适。

【治疗】

(一)氯霉素、强的松及消炎痛加入炉甘石洗剂或氧化锌油内外用。

(二)外用四环素软膏、金霉素软膏或2%龙胆紫液。也可用激素加抗生素外用。

(三)马齿苋捣烂外敷。

【预防】

(一)夜间不宜开灯、开窗睡觉,就寝时可放下蚊帐。

(二)如发现虫落在皮肤上,切忌在皮肤上拍死。若手上沾有虫体液,不要再触及其他部位的皮肤,立即将手洗干净。

疥　疮

疥疮是由疥螨引起的传染性皮肤病,由直接或间接接触传染,易在集体和家庭中流行。

【诊断要点】

(一)基本皮损为丘疹、水疱、隧道、结节。丘疹多见于躯干,水疱、隧道多见于指缝。结节呈半球形,约黄豆大或稍大,多见于阴囊、阴茎龟头。女性患者见于大阴唇部位,该皮损具有特征性。

(二)疥疮皮疹好发于手指缝、腕屈侧、下腹及大腿内侧。亦常见于女性患者乳房下、肘、腘窝等皮肤薄嫩处。小儿无明显好发部位。成人面部多不累及。

(三)自觉瘙痒,尤以夜间较甚是其特点。

(四)有接触传染史,常与患者同居或在家庭中互相传染。

(五)挑取水疱及隧道内容,在显微镜下可查到疥虫或虫卵。

【治疗】

(一)尽可能隔离以免传染他人,家庭中或周围密切接触患者的人应同时接受治疗。

(二)10%硫磺软膏(小儿用5%硫磺软膏)外搽,此药疗效确切、安全。方法是:先洗澡,然后自颈部以下全身搽药,1～2次/d,连搽3～4d为1疗程,搽药期间不洗澡更衣,以保持疗效。1个疗程结束后,洗澡换上清洁衣服。2周以后若还有新皮疹出现,可重复第2个疗程。

(三)疥灵霜(1%丙体六六六)外搽,洗澡后全身搽药1次,保留24h后洗澡去掉药物,更换清洁衣服。5岁以下儿童不宜用该药,以免中毒。

(四)治疗后换下的衣服,连同被褥一并烫洗或煮沸;或将被褥等连续暴晒或搁置3～4d。

脓 疱 疮

脓疱疮是由葡萄球菌或链球菌，亦可二者混合感染引起的化脓性皮肤病。俗称"黄水疮"。多由接触传染或其他瘙痒性皮肤病搔抓后继发感染。

【诊断要点】

(一)于学龄前儿童多见，好发于夏末秋初。

(二)皮损好发于颜面、口周、鼻孔及四肢。

(三)初发为粟粒至黄豆大红丘疹或水疱，迅速成为脓疱。周围绕以红晕，破后糜烂，干燥后形成黄色或灰黄色厚痂。大疱性脓疱疮疱大壁薄，脓液常坠积于脓疱下方，呈半月状坠积。

(四)局部自觉瘙痒，严重者可有发热、畏寒等全身症状，个别可并发肾炎。

【治疗】

(一)可外用2%龙胆紫液、0.5%新霉素软膏、1%金霉素软膏、脓痂疹泥膏、0.1%雷佛奴尔糊膏或四合粉(强的松、呋喃西林、氯霉素、氧化锌)。

(二)皮损广泛，有发热、畏寒等全身症状时，可注射青霉素或口服红霉素等。

(三)中医治疗：

1. 湿热：治法：清热解毒，涤暑化湿。方药：清暑汤加黄芩、黄连、薏苡仁、土茯苓。

2. 脾虚：治法：健脾渗湿。方药：参苓白术散加减。

(四)贴敷：寒水石30g、黄连12g、滑石18g、冰片3g，研末，用凡士林调成50%药膏外敷。1次/d。

(五)单验方：蒲公英、地丁各30g，黄芩、黄柏各15g，加水1 000ml，煎成500ml，浸洗疮面，1～2次/d。

【预防】

(一)夏季勤洗澡，保持皮肤清洁。

(二)避免与脓疱疮患者接触，积极治疗原发性瘙痒性皮肤病。

斑　秃

斑秃为头部突然发生的局限性斑状秃发。俗称"鬼剃头"。病因尚不完全清楚，可能与自身免疫有关。精神因素可诱发或加重病情。

[诊断要点]

(一)头皮突然发生大小不等，数目不定的圆形或椭圆形斑状秃发，局部皮肤平滑光亮，无自觉不适。

(二)少数患者头发全部脱光，称为全秃，个别患者眉毛、腋毛、阴毛和全身毳毛全部脱落称为普秃。斑秃也可仅限于眉毛、胡须等处。

(三)本病无自觉不适，可自愈。初长的新发为白色，细而软，可边长边脱，最终逐渐变黑至正常。

[治疗]

(一)避免精神过度紧张，改善睡眠，必要时给镇静剂。

(二)内服胱氨酸、复合维生素 B、维生素 E、泛酸钙等。

(三)普秃和全秃可内服强的松 15～30mg/d，数周后逐渐减量至 10mg/d，维持 2～3 个月。

(四)中药有斑秃丸、养血生发胶囊、薄盖灵芝片、党参养荣丸、桑麻丸等。

(五)局部治疗：

1. 外用制剂：外擦 1% 敏乐啶(长压啶)霜或溶液、2% 蒽林软膏、辣椒酊、30% 补骨脂酊等。

2. 局部皮损封闭：取皮质类固醇激素混悬液 1ml 加等量 1% 普鲁卡因注射液使之混合于秃发区做皮内或皮下点状注射，每周 1 次，7～10 次为 1 个疗程。

3. 光化学疗法(PUVA)：局部先外擦 8－甲氧外骨脂素酊，45min 后照长波紫外线，每周 2 次，见效后逐渐减少治疗次数。亦可试用液氮冷冻、梅花针揣刺等。

(六)中医治疗：

1. 气滞血瘀：症同前述。伴头痛或胸胁刺痛，舌黯紫或有瘀斑，脉细涩。治法：活血化瘀。方药：血府逐瘀汤。

2. 血虚风盛：症同前述。伴有痒感，头屑较多，头昏失眠，舌苔薄白，

脉细数。治法：养血祛风。方药：神应养真丹加减。

3. 肝肾不足：久病，脱发更甚，头晕耳鸣，失眠多梦，舌淡、苔剥，脉细弱。治法：补益肝肾。方药：七宝美髯丹合五子衍宗丸。

(七)针灸治疗：

1. 体针：取百会、风池、内关、足三里、太冲、阿是穴。

2. 灸法：在患处用艾条或艾炷隔姜灸。

3. 耳针：肺、肾、内分泌、肾上腺、枕及相应部位。

4. 皮肤针：在患处常规消毒后中度叩刺，以微出血为度，间日1次。

5. 头针：双侧足运区、感觉区上3/5。

6. 贴敷：川乌粉调醋外搽，2次/d。

7. 划痕：用2%碘酒、75%酒精消毒患处，再用尖形手术刀在皮损区划痕，刀痕长0.5cm，互相平行，刀痕间隔0.3cm，深度以划破真皮浅层为度、可见血清或少量血液渗出。后用明矾细末撒布创面、并以纱布覆盖。第2次划痕时，方向与第1次垂直。隔5d 1次，6次为1疗程。

(八)单验方：

1. 斑蝥9g、紫槿皮30g、樟脑12g、白酒1000ml，浸泡2周后，过滤取汁，外搽患处，2～3次/d。适用于实证脱发。

2. 雄黄、硫磺、凤凰衣各15g，炮甲珠9g，滑石粉30g。共研细末，用猪板油30g和之，再兑入适量猪苦胆汁，共调成膏。用纱布包好，反复外搽患处，2～3次/d。适用于虚证脱发。

第八章　眼　　科

第一节　一般检查法

视力检查

视力为中心视力的简称，指黄斑中心凹的视功能。临床上可用远、近视力表来进行检查。两眼分别检查，先右后左。

（一）远视力检查法：

1．视力表检查：常用国际视力表和对数视力表。

（1）被检者坐于距视力表5m处，视力表悬挂高度应使1.0行视标与被检眼同一水平上，然后自上而下辨认，直至不能辨认为止。正常视力标准定为1.0。

（2）视力低于0.1时，嘱被检者逐渐走向视力表，至能辨认第1行视标为止。记录其距离，并按下列公式计算其视力：

$$\text{视力} = 0.1 \times \frac{\text{被检眼与视力表的距离(m)}}{5}$$

如于4m处能看清第1行视标，则其视力为：$0.1 \times \frac{4}{5} = 0.08$。

2．数指检查：如视力低于0.01，则令被检者背光而坐，检查者将手指伸开置于被检查眼前，让其辨认手指数。手指面向阳光，由1m处慢慢移向被检眼。记录其能辨认手指数的最远距离，记录法为：指数/cm，指数可简写为FC。

3．手动检查：如在眼前仍不能辨认手指数者，则应检查其能否辨认手动。检查者将手由远而近轻轻在被检眼前来回摆动，记录能辨认手动的最远距离。记录为：手动/cm，手动可简写为HM。

4. 光感及光定位检查：不能辨认手动者，则应检查光感及光定位。

(1)光感检查：于暗室中，嘱被检者完全遮盖一眼。检查者用手持蜡烛或电筒在5m远处测试出眼能否辨认烛光或电筒光。如不能辨认，则可逐渐缩短距离，直至能辨认为止。记录为：光感/m。不能辨认光感者，则记录为：无光感。

(2)光定位检查：嘱被检眼向正前方注视不动，另一眼完全遮盖。将光源在距被检眼约1m处分别置于其左上、左中、左下，正上、正中、正下、右上、右中、右下共9个方位，让受检者指出光源的方向，并记录之。判断正确者记+；反之，则为-。此项检查对决定是否能进行眼内手术及估计预后尤为重要。

(二)近视力检查法：

国内多用标准近视力表或耶格(Jaeger)近视力表。

1. 在充足照明下，被检者取坐位，近视力表与被检眼相距30cm，正常视力1.0。

2. 辨认视标，并记录于30cm处能辨认出的最小一行视标。

3. 如于30cm处不能看清1.0行，则可嘱患者前后改变其距离，直至能看出最小视标的最佳距离，记录时应注明距离及所能看清的最小一行视标，如：0.9/20cm等

翻眼睑

(一)翻下睑法：比较容易，用拇指或食指将下睑往下牵拉，同时让患者向上看，下睑结膜即可完全露出。

(二)翻上睑法：嘱患者向下看，分单手或双手操作。

1. 单手法：先嘱患者下看，医生把食指放在睑板上缘，拇指放在睑缘中央稍上方，两手轻轻夹提上睑皮肤，在食指向下压的同时，拇指向前上方翻卷，就可使上睑翻转，然后把睑皮肤固定于眶骨上缘，注意不要压迫眼球。

2. 双手法：用一手的食指和拇指提挟上睑缘中央部皮肤往上翻卷的同时，用另一手食指或玻璃棒，对准睑板上缘，将其向下压迫，即可将上睑翻转过来。

泪道检查

(一)荧光素试验：

1. 先放一小棉片在受检眼同侧鼻腔下鼻道处，滴1%荧光素溶液在结膜囊内。

2. 如5min内棉片染上颜色，证明泪道通畅，如棉片的染色出现较晚或一直未被染色，则应考虑泪道狭窄或阻塞。

(二)泪道冲洗试验：用5号钝针头接在装有生理盐水的5ml注射器上。先将针头垂直插入下小泪点1～2mm，然后使针头呈水平位，顺泪管的行走方向，把针头轻轻呈水平位，顺泪小管的行走方向，把针头轻轻推入泪小管5～6mm。如方向正确，且泪小管无明显狭窄或阻塞则推进时毫无阻力。当针头触及骨壁后再略后退，徐徐推入生理盐水。并注意观察。

1. 若冲洗时即感有液体自咽部流下，则证明泪道通畅。

2. 若仅小量冲洗液流下，而部分从泪道反流，则说明泪道狭窄。

3. 若有粘液脓性物自泪点流出，则提示有慢性泪囊炎。

4. 若冲洗时阻力很大，生理盐水全部由上泪点反流，则说明鼻泪管阻塞或泪总管阻塞。

5. 若冲洗针头插入泪小管时有阻力或冲洗时水即由原道反流，则提示泪小管狭窄或阻塞。

6. 若冲洗时稍有阻力，且部分冲洗液由上泪点流出，部分流入咽部，则提示鼻泪管狭窄。

7. 若冲洗时阻力虽不大，但很快出现眼睑浮肿，则说明冲洗时形成假道，应立即拔出冲洗针头。

(三)泪道探道术：此术兼有检查、诊断与治疗价值。根据患者情况选用粗细不等的探针，按冲洗法插入探针，当到达骨壁时，探针上端向上转90°，然后继续向下直达鼻泪管，深约2cm，并注意观察：

1. 探道时注意阻力部位，并切忌强行插入，以防损伤正常组织而形成假道。

2. 如术中患者发生晕厥，则应立即拔出探针，取头低位平卧，必要时对症处理。

3．凡有高血压、心脏病、糖尿病及全身情况较差者，不宜做此检查。

斜照及配合放大镜检查

检查者用左手拇指和食指轻轻分开上下睑，以充分暴露角膜。右手持聚光电筒从患者的侧面照射被检眼，检查结膜、角膜、前房、虹膜、晶状体。必要时，辅以放大镜检查。此法主要用于检查角膜异物和血管翳。

荧光素检查

用无菌的1%荧光素溶液滴于结膜囊内，然后用生理盐水冲洗。角膜、结膜上皮损伤或溃疡时，可被荧光素染成绿色。疑有角膜瘘孔时，将荧光素滴在角膜表面后，如有房水外溢，可见黄绿色的细流。

检眼镜检查

一般不必扩瞳，如需详细检查，可滴0.5%～1%托品酰胺1－3次，40岁以上者可用1%～2.5%新福林溶液散瞳。

(一)直接检查法：将眼底像放大16倍，所见为正像。

1．在暗室进行，如检查右眼，医生在患者右侧，右手持检眼镜，用右眼检查(称为三右)，反之，如检查左眼，则站在左侧，用左手左眼(三左)。

2．将检眼镜转盘拨到＋8D→＋10D，在距被检眼10～20cm检查屈光间质，如屈光间质浑浊，则在眼底橘红反光中可见黑影。

3．靠近被检眼转动透镜转盘，用适当屈光度镜片查眼底，循序检查视神经乳头、黄斑、视网膜，一般由后极至周边部。

4．按要求详细记录玻璃体及眼底情况，并绘图标明正常眼底。

(1)视乳头呈圆形或椭圆橘黄色，边界清楚，中央色淡略凹陷，是为生理凹，有血管从中穿出。

(2)血管从视乳头穿出，沿乳头表面爬向四周网膜，主要分为颞上、颞下、鼻上、鼻下4支。动静脉伴行，动脉细直，色鲜红；静脉粗，弯曲，色暗红。正常时血管径A:V＝2:3。

(3)黄斑色暗红，无血管，中央有一针尖状反光点，为中心凹。

(4)视网膜呈橘红色。

(二)间接检查法：将眼底像放大4.5倍，为倒立的实像。

1. 检查用具：间接检眼镜 + 13D 及 + 20D 的透镜、光源。

2. 在暗室内，检查者与患者相对坐，距离 0.5m，检查者右手持凹面反光镜，左手拇、食两指持 + 13D（或 + 20D）凸透镜，以小指与环指支持于患者眶上缘，提起上睑，透镜在患者眼前 4～10cm 范围内移动，直至见到眼底影像为止。

3. 按检查顺序记录眼底所见，并绘图。

眼压检查

（一）指测：这是一种简单易行，勿须任何检查器械的方法。但检查者必须有较丰富的经验。

1. 嘱患者尽量向下看，检查者将双手食指尖轻轻放在被检眼的上睑中央部。

2. 两指尖交替轻轻按压眼球巩膜部，以感觉眼球硬度。

3. 记录法：T_n 正常；T_{-1} 稍高；T_{+2} 较高；T_{+3} 极高；T_{-1} 稍低；T_{-2} 较低；T_{-3} 极低。

（二）眼压计测量：此法较正确，分压陷式与压平式 2 大类。目前国内最常用的为希厄茨（Schiotz）眼压计（属压陷式眼压计）和马克拉可夫（MokpakoB）压平眼压计。

1. 希厄茨压陷式眼压计测量法：

（1）取仰卧位，1% 潘妥卡因溶液表面麻醉。

（2）嘱被检查者双眼垂直向上注意自己的手指，尽可能睁大双眼并固定不动。

（3）检查者一手执眼压计，另一手用拇指和食指轻轻分开眼睑，充分暴露角膜。

（4）将眼压计脚板垂直放于角膜中央，观察指针所指的刻度。测量时，先用 5.5g 砝码，若读数＜3.0 时，则改用 7.5g 砝码；若仍＜3.0 时，再改用 10g 砝码；15g 砝码很少应用。

（5）查换算表得出眼压值。记录方法为：

砝码重量/读数 = 眼压值（kPa）

（6）测毕，滴抗生素眼药水小于结膜囊内。

（7）注意事项：

1)测眼压时注意不能触及睫毛,以防眨眼。

2)避免眼压计脚板与角膜表面摩擦,以防角膜上皮擦伤。

3)检查时不能对被检眼施加压力。

2. 马克拉可夫眼压计测量法(压平式):

(1)准备好供印用的颜料与白纸。

(2)眼压计圆盘平面以75%酒精消毒,并涂好颜料。

(3)检查者持把柄将10g重的眼压计垂直轻放在角膜中央。

(4)用90%酒精粘湿白纸表面,不得干燥,即将眼压计圆盘印于其上,根据小圆面的直径,从眼压计所附的透明尺上量出眼压的数值。

第二节　常用诊断技术

裂隙灯检查

【适应证】

角膜、虹膜、晶状体疾病以及房水浑浊等。

【检查方法】

(一)检查在暗室进行,患者额部置颏架上,前额紧靠头部固定器。

(二)嘱患者注视指示灯或直视显微镜。

(三)调整各部件,使裂隙灯与显微镜成30°～50°,灯光从颞侧射入,对准角膜,使角膜出现清晰的六面体,并进一步观察前房、虹膜、晶体及玻璃体。

(四)直接焦点照射法:又称直接照射法,为最常用、最基本的方法。其操作要领为光线焦点与显微镜焦点合一。

1. 宽光照射:形成较宽的光学切面,检查用弥散照射法所见到的病变或未发现的病变,必要时还需以窄光照射或其他方法进一步检查。

2. 窄光照射:观察角膜或晶体的细微病变,必须将光线尽可能调窄,这样光线本身虽然相对较弱,但周围背景暗黑,光线分散及反射均少,光束可达眼深部,便于观察深部病变。且光学切面越窄,观察效果越佳,从而可了解病变的确切位置、各层组织的细微变化、组织的弯曲度及厚薄程

度等。

3. 圆点光照射：用以观察房水是否清晰，其间有无浮游的微粒。

（五）角膜缘分光照射法：利用光线通过透明组织时的分散和屈折，来观察角膜内的不透明组织及细微变化。将光线照射在角膜缘上，由于光线通过角膜时被分散和屈折反射，在整个角膜缘上形成一个光环。如角膜上有云翳、斑翳、角膜后沉着物、细小的角膜瘢痕及穿孔，均清晰可见。

（六）后部反光照射法：将灯光照到所需观察目标的后方，借后方不透明组织反射回的光线以及将显微镜的焦点调整在被检查的组织上，可检查出用直接焦点照射法所不易查出的透明、半透明及正常和病理的组织。最适合用于检查角膜与晶体，常用以检查角膜上皮和内皮水肿、云翳、血管翳、角膜后沉着物和晶体小空泡等。

（七）间接照射法：将光线的焦点调整到所要观察处旁边的同一组织上，利用此间接照明来观察虹膜上的细小出血和角膜上皮新生血管等。用此法时光源与显微镜的夹角宜大。

（八）镜面反光照射法：利用光线照射在角膜或晶体表面所形成的表面反光区，用直接焦点照射法检查此光亮反射区的方法。用以检查角膜和晶体的前后面，可查见角膜表面泪液膜上的脱落细胞、角膜内皮细胞、晶体前后囊及成人核的花纹。

前房角镜检查

【适应证】

最常用于青光眼，其次为前房角肿物及眼外伤，如前房角异物、房角后退。

【检查方法】

（一）被检眼结膜囊内滴1%潘妥卡因溶液进行表面麻醉。

（二）在已消毒的前房角镜凹面滴1%甲基纤维素溶液少许。

（三）嘱患者坐在裂隙灯显微镜前，将前房角镜放入被检眼结膜囊内。用食指和大拇指轻轻固定并慢慢顺时针方向转动前房角镜，观察各象限的前房角结构，并记录之。

（四）检查时先做静态观察，以区分前房角的宽窄。嘱被检者向正前方平视，前房角镜置于角膜正中位置，不偏斜也不施加压力，以准确看到

前房角的自然状态。若为窄角，可再做动态观察，即嘱被检者稍偏向某一方向注视，将前房角镜略倾斜并加压，便可看到较之静态观察时更多的前房角结构。

有关前房角分类法，目前较常采用的为谢氏分类法，分类标准如下：

1．宽角：虹膜周边部较平坦，静态下能看到前房角的全部结构。

2．窄角：

(1)窄角Ⅰ：虹膜周边部不同程度的隆起，动态观察下睫状体带可见范围增宽或从看不见变为看得见。

(2)窄角Ⅱ：动态观察下只能看见部分或全部巩膜突，看不到睫状体带。

(3)窄角Ⅲ：动态观察下看不到巩膜突及小梁后半部，但可见焦点线移动。

(4)窄角Ⅳ：动态观察下除施瓦耳贝线以外，其余前房角结构均不能看见，但可见焦点线移动。若在原有的高眼压下降后，前房角仍不能开放，则称闭角。

三面镜检查

【适应证】

主要用于眼底疾病，如视网膜脱离及肿瘤。

【检查方法】

(一)被检眼结膜囊内滴1%潘妥卡因溶液表面麻醉。

(二)被检者取常规裂隙灯显微镜检查位。

(三)在已消毒的三面接触镜凹面滴少量1%甲基纤维素溶液。

(四)将三面接触镜放入被检眼的结膜囊内，再轻轻旋转一下，以便接触更紧密。

(五)顺序观察各面镜子中的眼底情况，除正中间镜子中所见者为正像外，余均为倒像，即与实际眼底的左右及上下颠倒。每面镜子的观察范围大致为：正中部镜子可见后极部眼底；最大的梯形镜观察范围约可见50°以内的视网膜；中等大的梯形镜约可见到60°以内的视网膜；最小的半圆形镜子约可见70°以内的视网膜，如稍倾斜、加压或用巩膜压迫器，可见范围更大。

巩膜透照

【适应证】

眼内肿瘤及玻璃体积血。

【检查方法】

(一)先散瞳和表面麻醉。

(二)在暗室内将透照器的头端消毒后，紧贴检查部位的球壁上。

(三)观察患者的瞳孔区，如有红光反射说明该部无实性肿物。如反光较暗或无红光反射，说明该部有实性肿物或积血存在。

荧光眼底血管造影

【适应证】

黄斑疾病、视网膜、脉络膜、视神经疾病，全身性疾病所引起的视网膜病变，如糖尿病、高血压及动脉硬化性视网膜病变等。

【禁忌证】

(一)心、肝、肾脏病患者慎用，严重者禁用。

(二)过敏体质者及孕妇禁用。

【检查方法】

(一)检查眼部，特别注意有无屈光间质浑浊，被检眼充分散瞳并复查眼底。

(二)检查者将眼底照像机准备妥善，患者的下颏置于眼底照像机的托架上，颏部紧贴支架用固定带固定，臂部平放于检查台上。

(三)先拍摄眼底普通像和加用激光滤光片和栅滤光片的对比像，以排除自身荧光和假荧光。

(四)应用荧光素钠为造影剂，用量为 10～15mg/kg 体重，10% 荧光素钠成人一般用量为 5ml，静推；20% 者为 3ml，静推。

(五)为注射方便，可采用三通双管注射器，2 个注射器内分别装有 0.5%～1% 荧光素钠稀释液和 10% 或 20% 荧光素钠溶液，先缓慢注射 0.5%～1% 的稀释液 3～5ml，如无反应，则再接通通向装有 10% 或 20% 荧光素钠溶液的注射器，4s 内注射完毕。

(六)在开始注射 10% 或 20% 荧光素钠溶液的同时即启动自动计时

器，并严密观察眼底荧光出现后的一系列变化，并根据需要选择不同时间、不同部位拍摄造影照片。一般在注射后 7～12s 开始拍照。

（七）拍摄过程中如患者有严重不适等，则终止拍摄并给以及时处理。

（八）冲洗胶片或再印放出照片，再结合临床诊断情况做出诊断。

自注射荧光素钠开始至眼底显示荧光的时间称为臂－视网膜循环时间，正常者这 10～15s，双眼差别不超过 1s。颈内动脉闭塞、心排出量低时则此时间延长；贫血、甲状腺功能亢进则缩短。其造影分期如下：

1．动脉前期：视网膜中央动脉充盈之前的 0.5～1s，此时已出现脉络膜背景荧光，视神经乳头也稍出现了朦胧荧光。

2．动脉期：从视网膜中央动脉开始充盈至静脉充盈之前。

3．静脉期：从视网膜中央静脉任何一支出现荧光至静脉荧光衰减。

4．后期：荧光从视网膜消退。

【结果分析】

（一）强荧光：任何原因使眼底荧光增强或出现不应有的荧光均称为强荧光。

1．自身荧光：自然界和人体中的维生素 A、钙盐、脂褐质色素等可产生荧光。可见于视神经乳头玻璃膜疣。

2．假荧光：造影片上由其他反射光线所造成的荧光。早期假荧光是由于滤光片的光谱不纯所致；晚期假荧光是由于前房或玻璃体被荧光素钠染色，经激发光激光后所致。可见于眼底浅色或白色组织，如视神经乳头、有髓神经纤维、脉络膜视网膜萎缩斑等。

3．透见荧光：由于视网膜色素上皮内的色素脱失而可透见后面的脉络膜荧光。其特点是出现在造影早期，大小和形态不变，亮度随脉络膜荧光的增强而增强、消退而消退。可见于以下疾病：

（1）先天性色素上皮色素减少、近视、白化病。

（2）色素上皮萎缩：①玻璃体疣；②黄斑裂孔；③黄斑变性；④遗传性黄斑变性、卵黄状黄斑变性、眼底黄色斑点症；⑤视网膜色素变性，无脉络膜；⑥炎症：原田病、色素上皮炎等；⑦脉络膜皱褶：低眼压、眼眶肿块、眼内肿块；⑧钝挫伤、光凝、冷凝、透热；⑨中毒：氯喹中毒、吩噻嗪中毒。

4．异常血管：可发生于脉络膜、视神经乳头、视网膜。强荧光多出现在造影早期。

(1)血管迂曲扩张:视神经乳头炎、乳头水肿、视神经乳头玻璃膜疣、视网膜血管阻塞、视网膜血管瘤。

(2)毛细血管扩张:外层渗出性视网膜病变、视网膜血管阻塞。

(3)血管吻合:动静脉短路,如视网膜血管瘤病等;侧枝循环,如视网膜血管阻塞。

(4)微动脉瘤:糖尿病、视网膜血管阻塞性疾病。

(5)肿瘤血管:视网膜母细胞瘤、脉络膜血管瘤、恶性黑色素瘤、转移性肿瘤等。

(6)新生血管形成:炎症性疾病(如葡萄膜炎、白塞综合征、视网膜静脉周围炎等)、视网膜血管阻塞性疾病、早产儿视网膜病变综合征、糖尿病、白血病。

(7)视网膜脉络膜血管吻合:炎症、光凝瘢痕等。

(8)视网膜下新生血管形成:脉络膜破裂、良性脉络膜肿瘤、视乳头玻璃膜疣、血管样条纹、炎症、光凝、近视等。

5. 渗漏:视网膜和脉络膜血管因炎症、外伤、变性、肿物等引起血管壁渗透性增加而致荧光素渗漏。其特点为荧光素渗漏点由小变大,亮度增强,在眼底荧光消退后仍遗留荧光。

(1)玻璃体渗漏:新生血管形成和纤维化(如白塞综合征、视网膜静脉周围炎、静脉分支阻塞、糖尿病、贫血、白血病等)、眼内炎症、眼内肿瘤。

(2)视神经乳头渗漏:如视神经乳头水肿、视乳头玻璃膜疣、视神经萎缩等、炎症(虹睫炎、葡萄膜炎、视神经乳头炎、视网膜炎)、视网膜色素变性、眼内肿瘤,以及动脉硬化、糖尿病、高血压、颞动脉炎所致的缺血性视神经病变。

(3)视网膜渗漏:

1)囊样水肿:虹膜炎、葡萄膜炎、脉络膜血管瘤、恶性黑色素瘤或转移性肿瘤、脉络膜破裂、视网膜色素变性、视网膜中央静脉阻塞、外层渗出性视网膜病变、视网膜血管瘤、糖尿病、高血压、光凝、术后无晶体等。

2)非囊样水肿:脉络膜视网膜炎、视网膜血管炎、微动脉瘤、视网膜海棉状血管瘤、光凝、高血压等。

(4)脉络膜渗漏:

1)色素上皮脱离:其特点为荧光充盈速度快,边界清楚。可见于中心

性浆液性视网膜脉络膜病变、原田病、黄斑变性、视网膜下新生血管形成、脉络膜肿瘤、高血压等。

2)神经上皮脱离：其特点为一个或多个渗漏点，逐渐扩大增强，边界不清。可见于视神经炎、视神经乳头水肿、中心性浆液性视网膜脉络膜病变、原田病、视网膜脉络膜炎、视网膜中央静脉阻塞、外层渗出性视网膜病变、视网膜血管瘤、视网膜下新生血管形成。

(二)弱荧光：任何原因使眼底荧光减弱或消失均称为弱荧光。

1. 荧光遮蔽：位于视网膜前的任何浑浊都可部分地或全部地遮蔽视网膜和脉络膜荧光称为荧光遮蔽。

(1)视网膜荧光遮蔽：如屈光间质浑浊、视网膜出血、渗出、炎性团块、色素增生、变性组织、新生物等均可遮蔽视网膜和脉络膜荧光。

(2)脉络膜荧光遮蔽：如出血、渗出或液体等位于脉络膜毛细血管层以内或视网膜下；色素上皮和脉络膜色素增生，可遮蔽脉络膜荧光。

2. 充盈缺损：血液循环障碍时视网膜和脉络膜血管或其供应区荧光充盈迟延、减少，甚至无荧光充盈呈无灌注区，均称为充盈缺损。

(1)视神经乳头血管充盈缺损：可见于视神经乳头缺损、视神经萎缩、视神经乳头血管阻塞(如颞动脉炎、动脉硬化、高血压、糖尿病等)。

(2)视网膜血管充盈缺损：视网膜中央动静脉阻塞、动静脉分支阻塞、颈动脉狭窄、光凝、动脉硬化、高血压、糖尿病、颞动脉炎等。

(3)脉络膜血管充盈缺损：可见于无脉络膜、视网膜色素变性、黄斑变性、外伤或炎症等所致的继发性脉络膜萎缩；冷凝、光凝、透热所致的脉络膜血管缺失。

屈光检查

【适应证】

(一)主觉检查法：主要用于年龄较大和低度屈光不正者，也可用于验证客观检查的结果。

1. 主觉插片法：

(1)检查裸眼远近视力，并行眼底检查。

(2)灵活分析判断屈光不正的性质，如近视力为1.5、远视力为0.2，则首先考虑为近视；若为年龄为50岁患者，近视力0.3，而远视力为1.2，

则首先考虑远视。

(3)根据判断结果在患者双眼前分别插凸或凹球镜片，并分别测视力。镜片度由低逐渐增高，并边换镜片边测视力，直至获得最佳视力。

(4)当视力不再增加时则再试加用柱镜片，并增减其屈光度和旋转其轴位。直至旋转轴位至视力最好的轴位为止。也可用交叉柱镜校正柱镜的屈光和轴位。

(5)将所测得的球镜片和柱镜片的屈光度联合起来，即为所需的屈光度。

2. 云雾法：

(1)在双眼前设置 + 4D 凸球镜片，并嘱患者注视远视力表，以形成人工近视而促使调节放松。此时视物犹如云雾中，故称之。

(2)10～30min 后，患者视力好转，说明其调节已松弛。在原凸球镜片前由低到高依次递加凹球镜片，以逐渐抵消凸球镜片的屈光度，直至视力最佳。此时所戴的凸凹球镜片的代数和，即为该眼的大致屈光度。

3. 散光表验光法：用上述方法检出球镜片度数后。嘱患者戴此镜片，双眼分别注视散光表，若各线条清晰相同，则说明无散光存在，若某一方向线条清晰、色浓，而与其垂直方向的线条模糊、色淡，则说明有散光，且其轴位在线条模糊的方向上，可将凹柱镜片对准此轴位放置于镜架上，并渐增减度数，至各方位线条均变清晰为止，此镜片度数即为该眼的散光度数。

(二)客观检查法：检影法是临床上最正确且较常用的屈光检查法。其基本原理是用检影镜在一定距离处将光线投入被检眼内，根据光线从视网膜反射出眼外的瞳孔区光影运动的状态，而加减凸或凹球镜片或柱镜片。最后减去或加上检影距离所折合的屈光度，即可得出该眼的实际屈光度。

1. 静态检影法：应用药物使睫状肌完全麻痹后检影的方法。除适应用动态检影法者外，其余患者基本上均采用本法。

(1)睫状肌麻痹剂的选择原则：

1)1% 阿托品眼药水或眼膏：药效强，作用慢而持久，可维持药效半个月左右。适用于 14 岁以下无青光眼病史的患者，检影前 3d 开始应用，连续 3d。应用时必须压紧泪囊部 2min，以免流入鼻咽腔而发生中毒反应。

2) 2%后阿托品眼药水：药效较弱，作用较快，持续时间较短，持续作用2～3d，可用2%毛果芸香碱眼药水中和之。适用于15～40岁无青光眼病史的患者。检影前1h开始滴药，每隔10min滴1次，共3～4次。

3)复方托品酰胺眼药水：药效较弱，作用很快，仅维持作用0.5～1d。可用2%毛果芸香碱眼药水中和之。适用于15～40岁无青光眼病史的近视患者。检影前45min开始滴药，每5～10min 1次，共2次。

(2)检影前准备工作：

1)测远、近视力，行眼部常规检查。

2)测眼压，并询问病史及家族史，以排除青光眼。

(3)检影步骤：

1)在暗室中，检查者与被检查者相对而坐。静态检影相距1m，动态检影时相距0.5～1m。

2)嘱被检者注视正前方远处。

3)检查者向左右及上下来回轻轻摆动检影镜，观察瞳孔中央约4mm的光影形态、亮度、移动速度及其与检影镜摆动方向的关系：光影运动与镜动方向一致者为顺动，以凸球镜片矫正；反之，则为逆动，以凹球镜片矫正，直至光影不动为止，而呈中和现象。相距1m处检影，如为顺动，则可能为远视、正视或小于－1.0D的近视；如为逆动，则为高于－1.0D的近视；如为不动，则为－1.0D的近视。光影亮度越暗，移动速度越慢，则表示被检眼的屈光不正度越大；反之，则越小。光影大而圆者见于单纯性远视或近视；如呈现一光带，则为散光。散光带为顺动者，用凸球镜片或凸柱镜片矫正；散光带为逆动者，以凹球镜片或凹柱镜片矫正。柱镜片的轴向与散光带的方向一致，此即为散光的轴向。当球镜片或柱镜片加到一定程度时，散光带消失，瞳孔区出现亮而圆的光影并不动，即为中和现象。

4)如1m处检影，折合屈光度为－1.0D；在0.5m处检影，则为－2.0D，它与检影中和时屈光度的代数和，即为该眼的实际屈光度。以此屈光度初步测被检眼的矫正视力。

5)复验：待睫状肌功能完全恢复后，根据患者的年龄、工种、屈光不正性质、舒适程度、矫正视力等综合因素，将检影所得的屈光度经过适当增减后让患者试戴半小时，如无不适感开配镜处方。

2. 动态检影法(小瞳检影法)：用于40岁以上、青光眼患者，为诊断

疾病，需初步排除屈光不正者，由于工作的关系无条件进行静态检影者。同静态检影。

（三）电脑验光：近年来，出现了多种类型的验光仪，比较先进的是应用红外线及配合电子计算机装置的自动验光仪，即所谓电脑验光。它操作方法简便，数秒钟即可获得打印于记录纸上的验光结果。但是，此检查仪价格昂贵，而且患者合作不好时，易有极大误差。

眼球突出度检查

【适应证】

眶内肿瘤、炎性假瘤、甲亢等所致的眼球突出。

【检查方法】

常用赫特突眼计测量法。

（一）检查者与患者相对而坐。

（二）将突眼计上切迹处嵌于患者颞侧眶缘，嘱向前直视，由两平面镜中看到的角膜顶点所对的毫米即为眼球突出度。

（三）记录双眼球突出度数值和眶距数值，记录法如下：

$$\frac{\text{右眼球突出度}\,|\,\text{左眼球突出度}}{\text{眶距}}$$

房水流畅检查

房水流畅检查，也称眼压描记。

【适应证】

各种原发性青光眼。

【检查方法】

（一）患者平卧，双眼表面麻醉。

（二）检查者左手分开上下睑，右手持电眼压计（或修兹眼压计）垂直轻轻置角膜上，持续 4min，每分钟记录眼压 1 次。

（三）间隔 15min 测另眼。

（四）根据换算表查对，并记录结果。

1）房水流畅系数（C）：正常范围多 0.19～0.65；病理＜0.13。

2）压畅比（P_0/C）：正常范围多＜100；病理范围＞120。

斜视检查

一、交替遮盖试验

交替遮盖试验以区分正位视和斜视。其原理是用 5cm × 15cm 的黑色遮片遮盖一眼，借以消除两眼融合功能，使眼球显示出异常位置。

【检查方法】

检查者与被检者相对而坐，被检者注视正前方 33cm 处和 5m 处灯光，用遮片交替遮盖两眼，使两眼轮换注视，观察去遮时眼球是否移动。

【结果分析】

（一）两眼在去遮时均保持不动为正位眼。

（二）两眼在去遮时均有移动，表示有 2°以上的显斜或隐斜。检查可以根据去遮盖时该眼移动方向来决定斜视的类型。例如：遮片由右眼移向左眼时，见去遮眼—右眼由外向内移动以注视光点，为外斜。眼球移动的幅度与斜视度成正比。

二、单眼遮盖与不遮盖试验

单眼遮盖与不遮盖试验用于鉴别轻度显斜和隐斜。

【检查方法】

先遮盖一眼，然后迅速移去遮片，同时观察两眼的移动情况。此法应分别试验两眼。

【结果分析】

（一）遮盖一眼时未遮盖眼不动，去遮盖时未遮盖眼仍保持不动，而被遮盖眼在去遮盖时由某种斜位回到注视位则为隐斜。例如：遮盖右眼左眼不动，去遮盖后右眼内转向外，而左眼仍保持不动为内隐斜。

（二）遮盖一眼时未遮盖眼移向注视点，去遮盖时未遮盖眼又转向斜位而被遮盖眼转回注视位则为显斜，被遮盖眼为注视眼，未遮盖眼为斜视眼。例如：遮盖左眼，右眼由上向下移向注视光点，去遮盖时右眼又转向上，则右眼为显性上斜。

（三）遮盖一眼时未遮盖眼不动，去遮盖时未遮盖眼仍保持不动，而被遮盖眼去遮盖时仍处于偏斜位则为显斜，被遮盖眼为经常斜视眼。例如：遮盖左眼，右眼不动，去遮盖右眼仍保持不动，而左眼仍处于外斜位则左眼为显性外斜。

三、隐斜检查法

(一)集合近点测定:将毫米尺置于鼻旁,用小灯光作为注视目标,直至一眼放弃注视,向外移动为止。正常集合近点小于 55mm,集合范围为 20～70mm。

(二)集合与分开棱镜度测定:目的是测量融合范围。患者两眼注视一灯光目标,在测量集合能力时用底向外棱镜置于一眼前,逐渐增加棱镜度数,直至出现复视。测定分开能力的用底向内棱镜,绝对正常值不易测得,平均正常值为:

集合——近距(融合贮备)25△～40△

远距(融合贮备)25△～35△

分开——近距(融合贮备)16△～18△

远距(融合贮备)4△～8△

(三)马德克斯杆试验:除用于检查隐斜外还可用于检查显性斜视度。

将马德克斯杆水平放置于右眼前,两眼同时注视小灯光,此时右眼所见为一垂直光带,左眼见一光点。若光点与光带重叠,则无水平偏斜;如光点在光带右侧,即光像交叉,表示有外隐斜或显性外斜视;如灯光在光带左侧,则表示有内隐斜或显性内斜视。

将马德克斯杆垂直放置于右眼前,如光点与水平光带重叠,表示无垂直性偏斜;如灯光在光带下方,则为左上隐斜或右下隐斜,一般都以上隐斜为名;如灯光在光带上方,为左下隐斜或右上隐斜。

四、麻痹性斜视检查法

(一)双眼协调运动试验:观察两眼在 6 个诊断方位(右、右上、右下、左、左上、左下)运动度的差别,有无功能亢进或减退现象。

(二)复视检查法:

1. 红玻璃测试法:置红玻璃片于右眼前两眼同时看灯光,如果红白灯光呈左右分开,表示水平肌受累;若上下分离,则为垂直肌受累。置灯光于 6 个诊断方位,由红白两灯光分离最大的方位中找出麻痹肌,且复像分离最大方向的周边像属于麻痹眼。例如:向右侧时,红白两灯光左右分开最大,且周边像为白光,则为左眼内直肌麻痹。

2. 兰克斯特检查法:是根据黑斯法改良设计的一种最简便省时的检查法。置一布幕于被检者前 1m 处,幕上划纵横黑线组成方格,二线间距

7cm，被检查者戴红绿色玻璃片组成的眼镜。检查者手执电筒将红色光带(灯光带)投射于布幕上，要求被检者将手执的绿光带与之重叠。如被检者有隐斜或显斜，则自认为红绿光已重叠时，其实两光带随着视轴的偏斜而分离，斜视度数可直接由布幕的格子上读出，每格子相当于4°或8°斜视。先记录右眼带红玻片作为注视眼时6个诊断方位的斜视度于表格上，然后互换红绿玻片，记录左眼为注视眼时各方位的斜视度于另一表格上，比较两表格的结果，借以确定有无原发性偏斜和继发性偏斜的差别，从而判断属何种斜视、何眼麻痹、何眼属麻痹眼。

(二)代偿头位检查：由3个部分组成：

1. 面部转向：为代偿水平性偏斜，在水平肌麻痹时面部转向麻痹肌作用方向，例如：右外直肌麻痹时面部转向右侧。

2. 下颏上抬或内收：为代偿垂直性偏斜上转肌麻痹时颏向上抬，下转肌麻痹时颏内收。

3. 头位倾斜：主要代偿旋转斜位。一般头向低眼位侧的肩头倾斜。除非是新发病的病例上直肌麻痹时头位向对侧肩头倾斜，下直肌麻痹时向同位肩头倾斜。

五、斜视角测量法

(一)角膜反光点法：检查者与被检查者相对而坐。嘱被检者两眼注视眼前30cm处的灯光，观察两眼角膜上光点的位置。反光点在角膜中心外侧为内斜，反光点在角膜中心内侧为外斜；反光点在瞳孔缘处约为15°，反光点在瞳孔缘与角膜缘中间为30°，反光点在角膜缘处为45°。

(二)弧形视野计斜角测量法：被检者坐于弧形视野计前，斜视眼对准视野计中心，注视眼向正前方注视。检查者手持光源沿视野计的弧移动，至光点恰在斜视眼角膜中央为止，此时弧上的刻度即为斜视度。

(三)交替遮盖试验结合棱镜测量法：置棱镜于一眼前，棱镜底放置在眼球由偏斜状态复位时的运动方向，或棱镜尖指向眼球偏斜方向用交替遮盖试验进行检查，逐渐增加棱镜角，直至两眼均不动为止，所用棱镜度数即为斜视度。通常$2^{\triangle}=1°$。

(四)马德克斯杆结合棱镜测量法：同上法将棱镜置于一眼前，调整棱镜度至光点与光带相重叠，所用的棱镜度即为斜视度。

第三节　常用治疗技术

球结膜下注射

【适应证】

治疗角膜炎、巩膜炎、虹膜睫状体炎、化学伤等眼前部病变；或作为眼球手术的局部浸润麻醉。

【操作方法】

(一)用1%地卡因表面麻醉1～2次，患者取卧位或坐位，头微仰。

(二)左手分开患者上下眼睑，让患者向鼻上方注视，以充分暴露颞下侧球结膜，右手持装药液的注射器，以轻微的倾斜角度15°～30°将针头刺入球结膜下，并徐徐注入药液，注射完毕后，闭目3～5min，注意有无出血情况，然后涂以抗生素油膏将眼包扎。

【注意事项】

(一)注射后如有球结膜下出血，可正对出血部位压迫数分钟，待止血后再行包扎。

(二)注射必须靠近穹窿部球结膜部位，注射强的松龙混悬液时，要将药液摇匀后再抽吸之。

(三)针头刺入球结膜下时，阻力甚小，并可透过球结膜见到针头斜面，如阻力很大，可能已刺入巩膜表面，切勿猛力推进，而应拔出重刺，以免穿破眼球。

(四)要避免在4根直肌附着点区注射，以免引起大量球结膜下出血。

球后注射

【适应证】

多用于眼球后部疾病，如视神经炎、葡萄膜炎、视网膜中央动脉栓塞，以及眼内手术做球后麻醉等情况。

【操作方法】

(一)采用3.5－4cm长的7号针头进行注射，患者可取仰卧或坐位，

注射眼需向鼻上方注视，用碘酒及酒精在下睑外下方眼眶部位皮肤表面进行消毒

（二）用手摸及眶下缘外1/3与中1/3交界处，针头沿眶缘向后垂直由皮肤刺入1cm，再将针头略斜向鼻上方缓慢推进，深达3～3.5cm。试回抽时，如无回血，即将药液徐徐注入球后，一般用量不超过2ml，激素类的混悬液不超过0.5ml。注射完毕缓慢抽出针头，用棉球压迫进针部位数分钟，以防球后出血。

【注意事项】

（一）注射前要消除患者恐惧心理，很好固定头部位置。

（二）进针阻力一般不大，动作要求轻巧，切忌草率粗暴或进针后在眶内反复捣动，以免损伤血管，而导致球后出血。

（三）注射要缓慢，同时密切观察患者全身情况及眼球局部，如患者感到眶后急剧胀痛，眼球开始突出，球结膜下出现出血等异常情况时，即为球后出血的征象，应立即终止注射，拔出针头，用绷带加压包扎眼部1～2d，并予严密随访。

泪道冲洗和探通术

【适应证】

（一）流泪或泪溢者，用以检查泪道是否通畅。

（二）用生理盐水或抗生素溶液，冲洗泪道内粘液或脓液，以治疗慢性泪囊炎。

（三）作为泪道手术或眼内手术前的准备。

（四）探通和扩张泪道，以解除泪道内部存在轻度粘连或阻塞，使之通畅。

【操作方法】

（一）冲洗前应先用手指压迫泪囊，排出囊内的脓液或粘液。

（二）取1个10ml空针吸入生理盐水或抗生素溶液，装上1个弯成直角的钝针头，患者头部微向后仰，眼向上注视，操作者一手分开上下眼睑，用大拇指固定，并充分暴露下泪点，将弯形针头垂直插入泪小点约1～1.5mm，立即急转90°，朝内眦部顺沿下泪小管方向推进4～6mm，此时应将下睑朝颞侧方向拉紧，以免针头被泪小管粘膜皱褶所阻挡，然后缓慢注

入溶液，泪道通畅时，溶液应从前鼻孔流出或经后鼻孔流入咽部，泪道狭窄时，则只有少量溶液流到咽部，大部分则从上或下泪点反流出来。如冲洗同时从上下泪点反流，则说明存在鼻泪管阻塞。在慢性泪囊炎，则可见有粘液或脓液反流现象，泪小管阻塞时，针头只能部分插入，给冲洗以极大阻力，液体不能推进或全部由下泪点反流出来。

（三）如冲洗后泪道仍不通畅，则可选用适当粗细的泪道探针进行探通。探通前先用1%地卡因棉棒麻醉泪点部位，探针自下泪小点垂直插入1～2mm即转为水平方向，朝鼻侧推进，直达泪囊，在触及骨壁后，稍向后退以针头为支点，迅速将探针竖起，与睑缘呈90°角，向下略向后方顺鼻泪管渐渐插入，直到针柄齐眉（为30～35ml）而后止。针头在通过狭窄或粘连处会遇到阻力，如阻力过大，可能已误入周围软组织，切不可猛力推进而形成假道。探针停留20min后方可拔出，再行冲洗。如探通成功则冲洗应通畅无阻，冲洗时可能发现少量血性液体一起流出。

【注意事项】

（一）慢性泪囊炎有粘液、脓液时不宜做探通术。

（二）操作前必须与患者说明目的和意义，取得合作。

（三）泪点较小者，可先用7号针头或泪点扩大器将泪点扩大后，再行冲洗。

（四）在给幼儿或婴儿冲洗时，必须将针头妥善固定，以保证安全。

（五）冲洗时如出现泪囊局部皮肤肿胀，则说明探通时发生"假道"，立即停止冲洗，抽出针头，用手压迫按摩，必要时口服抗生素，以防感染。

倒睫电解

【适应证】

以上下睑分散少数倒睫，没有严重睑内翻者为限。

【操作方法】

（一）70%酒精消毒眼睑皮肤。

（二）利多卡因或普鲁卡因皮试阴性后，沿睫毛根部皮下注入少许。

（三）先将睫毛电解器的阳极板用生理盐水纱布包裹放在患者额部或颞部，再将阴极板连接细针，顺倒睫方向刺入毛囊2～3mm，通电20～30s，待见到毛囊周围皮肤发白，周围出现气泡时拔出针尖，然后用睫毛镊

子很容易将倒睫连根拔出;若不易拔出,说明毛囊尚未被破坏,应再行电解1次。手术完毕后局部涂少许眼膏,不需包扎。

睑内翻矫正术

一、睑板楔形切除术(何·兹术)

【麻醉】

上睑缘皮下,穹隆部粘膜下注射1%～2%普鲁卡因。

【操作步骤】

(一)距睑缘3～4mm做平行切口,分别向上下方略做皮下潜行分离。

(二)剪除切口处狭条皮下组织及轮匝肌,充分暴露睑板,在睑板上做狭条楔形切口。

(三)剪除狭条楔形睑板组织。

(四)用3～5根缝线对伤口进行缝合,缝线穿过睑板切口上缘及切口两侧皮肤,缝线穿过睑板的位置越高,内翻矫正越多。

【术后处理】

每天(或隔天)换药,5d拆线。

二、睑板切断术

【麻醉】

同睑板楔形切除术。

【操作步骤】

(一)做上睑缘牵引缝线、翻转上睑,后面以睑垫板支撑之,匀称地做3对蹄形缝线,缝线穿过穹隆部结膜、睑板表面,离睑缘3mm处穿出皮肤,蹄系宽3mm。

(二)沿睑下沟切断睑板。

(三)结扎蹄形缝线,必要时可在皮肤面垫盖棉条或橡皮条,以使睑缘轻度外翻为度。

角膜异物剔除法

【适应证】

适用于所有附着在角膜表面的各种性质的细小异物,包括用简单的蘸以生理盐水的湿棉棒不能擦去的金属异物。

【操作方法】

(一)生理盐水冲洗结膜囊,滴1%地卡因1~2次。

(二)患者取坐位或仰卧位,头部微向上仰,并固定不动,嘱患者张开双目,充分暴露角膜表面,医生左手持聚光电筒,并轻轻向上牵开上睑,右手持异物刀或11号尖头刀片(或7号注射针头亦可),用刀尖或针头在倾斜方向插入异物旁侧,轻轻将其向上剔出,然后用放大镜检查是否剔除干净,铁屑剔除后,如留下环形锈斑,则必须用刀尖将其轻轻刮除,务求彻底干净,并尽少破坏周围的健康角膜组织。

(三)术毕,点抗生素眼液及眼膏,将眼包扎,次日必须复查有无异物残留以及角膜创面愈合情况,术后数小时内,可有轻度的异物感或疼痛感,如有剧烈和持续性疼痛并有分泌物增多时,则应警惕伤口感染,随时急速就诊。

(四)对于可能发生感染的病例(如结膜充血,分泌物多,异物处的角膜有致密浸润等情况),应在剔除异物之后,立即在球结膜下注射庆大霉素2万~3万u,再加抗生素眼膏包扎患眼,次日复诊。

【注意事项】

(一)角膜异物剔除所用的药水或器械,须定期严格消毒,操作时应防止污染。

(二)患者头部应固定好,眼球注视固定目标,以免操作时随意转动而损伤角膜。

(三)复诊时若发现铁锈残留,可再行刮除,但深层铁锈不易剔除者,切勿反复强行剔刮,可滴2%EDTA眼药水。

(四)随访发现角膜创面继发感染时,按角膜溃疡治疗。

化学腐蚀疗法

【适应证】

(一)单疱病毒性角膜炎上皮型。

(二)进行性角膜溃疡,药物治疗效果欠佳者。

(三)虹膜脱出不宜复位缝合者。

【操作方法】

(一)滴表面麻醉剂2~3次。

(二)以手或开睑器轻轻开睑,嘱患者勿挤眼,操作者勿加压于眼球。

(三)冲洗除去分泌物及坏死组织,以干棉签试干溃疡面,用灭菌的干燥细竹签蘸以少量(应以无液体悬滴为度)腐蚀剂涂以溃疡处或虹膜脱出处。

(四)以生理盐水冲洗腐蚀处,涂抗生素眼膏,加眼垫包扎。

【注意事项】

(一)常用的化学腐蚀剂有纯三氯醋酸、5%碘酒、5%硝酸银、10%~20%硫酸锌、纯石炭酸、乙醚及无水酒精等。

(二)化学腐蚀剂应只涂入病变处或溃疡坏死处,不应该损伤健康组织。

(三)竹签应以自然吸附的药液涂布患处,千万不能蘸取药液滴入角膜面,注意腐蚀后应冲洗表面的残留物,以防灼伤正常组织。

热烧灼法

【适应证】

(一)进行性角膜溃疡治疗欠佳者。

(二)角膜新生血管。

【操作方法】

(一)麻醉及冲洗同腐蚀疗法。

(二)用在酒精灯火焰上烧红的大头针或电灼器头,在溃疡的进行缘烧灼,使病变组织坏死脱落;或在角膜缘新生血管长入角膜处灼烙,再在灼烙处结膜下注射强的松龙0.3~0.5ml。

(三)涂抗生素眼膏,带眼垫包眼。

【注意事项】

灼烙应适度,不应损伤正常组织,对灼烙治疗角膜新生血管,应在角膜缘进行,不宜在角膜上施行。

第四节　眼科常见疾病

睑　缘　炎

睑缘炎为睑缘、睫毛的毛囊及其腺组织的亚急性或慢性炎症。临床上将其分为3种。

一、鳞屑性睑缘炎

【诊断要点】

(一)患者睑缘局部有刺痒感或无明显症状。

(二)睑缘充血，睫毛根部附有鳞屑，除去鳞屑可见睑缘潮红，但无溃疡。睫毛易脱落，但可再生。

【治疗】

(一)去除病因，如矫正屈光不正、治疗全身慢性病、提高机体抵抗力。

(二)局部用生理盐水除去鳞屑，再用1%～2%黄降汞或白降汞眼膏或四环素可的松眼膏涂擦睑缘，3次/d，涂药后轻轻按摩。愈后继续用药2周，以防复发。

二、溃疡性睑缘炎

【诊断要点】

(一)好发于营养不良、严重贫血及全身有慢性病的儿童。

(二)睑缘皮肤及睫毛根部有脓疱、黄痂，去痂后可露出溃疡面。

(三)睫毛毛囊破坏和溃疡愈合后的瘢痕性收缩，可引起秃睫和睫毛乱生，引起角膜刺激症状。

(四)病久，睑缘变钝圆、肥厚，有泪溢、皮肤湿疹甚至下睑外翻。

【治疗】

(一)局部治疗同鳞屑性睑缘炎。

(二)病情顽固者，可采用自身葡萄球菌苗注射液或多价金葡菌混合菌苗注射液1ml，1次/d，肌肉注射，15～30次为1疗程。

(三)睑部睑缘炎

【诊断要点】

(一)睑缘病变局限于睑部，以外睑部常见。

(二)自觉刺痒,睑缘及其附近皮肤充血、糜烂。

【治疗】

(一)0.5%硫酸锌眼药水,4~6次/d,滴眼,睡前涂抗生素眼膏。

(二)改善全身健康状况,增强体质。

(三)口服维生素B_2。

睑腺炎

睑腺炎多为葡萄球菌感染,有内外睑腺炎之分。外睑腺炎亦称外麦粒肿,为Zels腺的急性化脓性炎症;内睑腺炎亦称内麦粒肿,为睑板腺的急性化脓性炎症。

【诊断要点】

(一)睑缘部红、肿、热、痛,可触及硬结,近外眦部者常伴有颞侧球结膜水肿。

(二)内睑腺炎在睑结膜面可见黄色脓点,睑板腺开口处可有轻度充血隆起,脓点多向睑结膜面破溃。

【治疗】

(一)脓肿形成前,局部湿热敷,滴用抗生素眼药水、眼膏。

(二)脓肿成熟时,切开排脓,皮肤切口方向与睑缘平行。内睑腺炎应于睑缘垂直。切忌挤压排脓,以免细菌随血流进入海绵窦引起脓性栓塞,甚至危及生命。

(三)病情较重者,应全身应用抗生素。

(四)反复发作者,应矫正屈光不正,保持个人卫生。顽固感染患者,可选用自体菌苗注射治疗。

(五)中医治疗:

1. 风热上扰:用疏风清热汤(防风、荆芥、牛蒡子、金银花、连翘、桑皮、赤芍、桔梗、黄芩、花粉、玄参、浙贝、甘草)。

2. 热毒炽盛:用仙方活命饮。

3. 正虚邪留:时流稀薄脓水,倦怠乏力,苔薄白,脉细弱。治法:健脾益气,托里排脓。方药:人参养荣汤。脓未尽者加皂刺、穿山甲、蒲公英、金银花。

(六)针灸治疗:

1. 体针：取攒竹、四白、天井、合谷。病在上睑外侧加丝竹空、瞳子髎、太阳；上睑中部加阳白、鱼腰；在内眦加睛明；在下睑加承泣、下睛明。

2. 拔罐：取大椎，用三棱针点刺出血后拔罐，1 次/d。

3. 耳针：取眼、肝、胃、耳尖(用三棱针点刺出血)。

4. 挑治：在大椎穴两旁或肩胛部找淡红色、稍高于皮肤、小米粒大、压之不退色的反应点进行挑治。

睑板腺囊肿

睑板腺囊肿(霰粒肿)是由于睑板腺阻塞、腺内滞留的分泌物刺激管壁肉芽增生而形成的慢性炎性肉芽肿。

【诊断要点】

(一)多为偶然自行发现。囊肿增大时，眼睑可有沉重不适感。囊肿自睑结膜面穿破时，可有异物感。

(二)眼睑皮下可扪及圆形、边界清楚、与皮肤不粘连的肿块，无压痛。相应的睑结膜面充血，呈紫红或紫蓝色，日久可变为灰蓝色。

(三)有继发感染者，其表现与内睑腺炎相似。

(四)中年以上者，须与睑板腺癌相鉴别。

【治疗】

(一)囊肿小者可不予处理。也可热敷，用 1%～2% 黄降汞眼膏涂眼并按摩，可促进囊肿的吸收。

(二)囊肿较大者须手术切除。睑结膜面的切口方向须与睑缘垂直。

(三)中、老年人应警惕发生睑板腺癌的可能，应将刮除的组织常规送病理检查，以防误诊。

(四)中医治疗：

1. 痰湿组结：胞睑内生硬结，皮色如常，按之不痛，与睑皮肤不粘连。治法：化痰散结。方药：化坚二陈丸。

2. 痰热阻结：胞睑硬结处皮色微红，睑内相应部位呈紫红色。治法：清热散结。方药：清胃汤。

(五)饮食疗法：青蒿 10g、鸭蛋 1 个，先煎青蒿取汁，将鸭蛋打破煮熟，加糖。食蛋喝汤，1 次/d。

泪 囊 炎

一、慢性泪囊炎

主要原因为鼻泪管阻塞，泪液滞留于泪囊内，使泪囊逐渐扩大，并产生粘液而形成粘液囊肿，如继发细菌感染，则泪囊内形成脓液。

【诊断要点】

（一）泪囊部皮肤潮红、糜烂，甚至皮肤慢性湿疹。

（二）挤压泪囊部可见粘液性或粘液脓性分泌物自泪小点溢出。

（三）泪囊穿孔者，可见泪囊区皮肤瘢痕及瘘管。

（四）如泪囊内分泌物长期不能排出，泪囊部逐渐增大形成囊肿。

【治疗】

（一）经常压迫泪囊部使分泌物挤出，并滴用抗生素眼药水。

（二）冲洗泪道并应及时探通扩张泪道，用抗生素溶液进行冲洗。

1. 泪囊摘除术：适用于年老体弱或鼻腔有严重原发病变者。

2. 泪囊鼻腔吻合术：既可消除炎症，又可解除溢泪。除有禁忌证（如凝血机制障碍、机体不能耐受、鼻腔严重疾患等）者，均可选择该手术。绝经期前妇女应避免月经期手术，以免术中多量出血。

二、急性泪囊炎

常由慢性泪囊炎转变而来，也有少数开始即为急性原发细菌感染者。

【诊断要点】

（一）泪囊部红、肿、热、痛，重者同侧面部及鼻部红肿，耳前、颌下淋巴结肿大及触痛，并可伴有全身不适及发热。

（二）数日后，脓肿软化形成脓点，破溃排脓，炎症消退，但常形成泪囊瘘管，虽可自动闭合但易反复急性发作。

【治疗】

（一）早期局部热敷，全身应用抗生素。

（二）脓肿成熟有波动感时，及时切开引流。

（三）炎症消退后，按慢性泪囊炎处理。

三、新生儿泪囊炎

多数是由于鼻泪管在鼻腔下端出口处被先天性膜组织所封闭；或因上皮碎屑堵塞泪道所致。少数是由于骨部狭窄或鼻部畸形所造成。

【诊断要点】

(一)多在出生6周后发现结膜囊内有脓性分泌物。

(二)一般呈单侧发病,结膜轻微充血。病变的泪囊有时隆起,压之有脓性分泌物从泪小点溢出。

【治疗】

(一)局部滴用抗生素眼药水,同时对泪囊部进行压迫按摩,2～3次/d。

(二)如经按摩后泪道仍不通畅,可以考虑反复泪道冲洗,以试冲破膜组织。

(三)如经上述治疗仍不奏效,应尽早采用泪道探通术,凿破膜组织。探通后应继续滴抗生素眼水和冲洗泪道。

【附】泪囊炎的中医及其他疗法

(一)中医治疗:

1. 心经蕴热:眦部胀痛,肿核隆重,色红而坚,心烦溺赤,舌红、苔黄,脉浮数。治法:疏风清热,解毒散结。方药:仙方活命饮。

2. 气血亏虚:脓溃肿消,时流稀薄脓水,疮口不红,面色无华,倦怠乏力,舌质淡润,脉细无力。治法:益气养血,托毒生肌。方药:托里十补散。

(二)针灸治疗:

1. 体针:睛明、攒竹、四白、合谷。外感风热者加大椎、曲池、外关;热毒内蕴者加大椎、肩井、鱼际、行间、大都。

2. 耳针:取眼、神门、皮质下、耳尖。

3. 贴敷:鱼腥草50g,煎水湿敷患处,2～3次/d,每次30min。

(三)单验方:

1. 野菊花20g、夏枯草20g、蒲公英20g,水煎服,1剂/d。

2. 淡竹叶、木通、土黄连各15g,水煎服,1剂/d。

结　膜　炎

一、急性卡他性结膜炎

由分泌物传染,可通过手、毛巾、水等媒介传播。致病菌常为科　伟杆菌、肺炎双球菌、葡萄球菌和流行性感冒杆菌等。

【诊断要点】

(一)起病急,双眼同时或先后发病。常有接触患者病史,多见于春秋季节。

(二)患眼有异物感、灼热感,分泌物附在角膜表面时可引起一过性视力模糊或虹视。

(三)结膜充血,有脓性或粘液脓性分泌物,分泌物也可形成伪膜。

(四)重症者,荧光素染色角膜有点状着色,视力可减退。有时在角膜周边部可并发卡他性角膜溃疡。

(五)辅助检查:分泌物涂片可查到细菌,细菌培养可做出病因诊断。

【治疗】

(一)分泌物多者可用生理盐水或3%硼酸溶液冲洗结膜囊,2-3次/d。切忌包封患眼。

(二)局部滴用抗生素眼药水,睡前涂抗生素眼膏。

(三)有假膜者,可用生理盐水棉棒将其除去,冲洗后再继续滴抗生素眼药水。

(四)本病传染性强,常造成广泛流行,故应严格搞好个人卫生及集体卫生。

(二)流行性出血性结膜炎

为微小RNA病毒群中一种新型肠道病毒所引起的急性传染性结膜炎。

【诊断要点】

(一)潜伏期短,多于24h内双眼发病。通过受患眼污染的水或物传染,以水源性传染更为普遍。

(二)异物感重:刺痛、畏光、流泪和水样分泌物。

(三)体征:

1. 眼睑红肿。

2. 睑球结膜高度充血、水肿。睑结膜有滤泡增生。球结膜下出血是本病特征,出血呈点状片状,严重者可遍及整个球结膜。

3. 角膜上皮有点状剥脱,有些重症病例在结膜炎症状消退后,角膜上皮反复剥脱可持续数年之久,但最终痊愈不留痕迹。

(四)辅助检查:病毒培养分离可确定诊断。

【治疗】

(一)滴用0.1%～0.5%三氮唑核苷或4%吗啉双胍眼药水。

(二)点抗生素眼水以防继发性感染。

三、流行性角膜结膜炎

主要为第8型腺病毒感染。

【诊断要点】

(一)潜伏期为1周左右,双眼常先后发病。通过接触传染。

(二)早期与急性卡他性结膜炎相似,但分泌物为水性。

(三)体征:

1. 穹隆部有显著滤泡增生。

2. 1～2周后,结膜炎症状减轻,角膜中央出现上皮下浸润,数目不等,但不形成溃疡,经数月或数年后消失,偶尔有遗留云翳者,但对视力影响不大。

3. 患侧耳前淋巴结肿大、压痛。

(四)辅助检查:致病病毒可由Hela细胞培养,并由中和试验确定。在患病过程中,中和抗体滴定度升高有诊断意义。

【治疗】

(一)可试用0.1%疱疹净或4%吗啉双胍眼药水。效果欠佳者,可同时配用可的松类药物。角膜上皮脱失者应填用。

(二)早期全身可注射大青叶或板蓝根注射液以缓解症状;也可用金银花、菊花各30g,水煎服或熏洗患眼。

【附】结膜炎的中医及其他疗法

(一)中医治疗:

1. 风热外袭:起病突然,眼睑红肿,白睛红赤,眵多黄稠;或有发热恶寒,头痛流涕。治法:祛风清热。方药:防风通圣散加减。

2. 邪毒壅盛:症同前述。伴目热灼痛,咽喉肿痛,恶寒发热。治法:清热解毒。方药:银翘散加板蓝根、大青叶、生地黄。

3. 肝胆火炽:白睛红赤,有眵或无眵,羞明目痛,急躁易怒,口苦便秘,舌红,脉弦数。治法:清泻肝胆。方药:龙胆泻肝汤。

4. 湿热蕴结:眼痒难忍,灼热微痛,羞明流泪,沙涩不爽,舌红、苔黄腻,脉濡数。治法:清热除湿。方药:龙胆草、黄芩、薄荷、前胡、柴胡、白

芷、防风、僵蚕、蝉蜕、刺蒺藜、苍耳子。

5. 脾胃蕴热：睑内红赤，干涩不适，时轻时重，食少苔腻，脉滑或数。治法：除风清脾饮加减（陈皮、连翘、防风、知母、元明粉、黄芩、元参、黄连、荆芥、大黄、生地、桔梗）。

（二）针灸治疗：

1. 体针：睛明、太阳、风池、合谷。

2. 耳针：眼、耳尖、肺、肝、耳背静脉。

3. 贴敷：大蒜捣烂敷太阳、印堂穴。有灼热感时去掉，左右交替使用。2～3 次/d。

4. 挑治：取大椎穴上下左右各旁开 1 寸处，常规消毒，用三棱针挑断皮下纤维组织。

（三）单验方：大青叶、金银花、蒲公英、野菊花，水煎服，1 剂/d。

沙　　眼

沙眼由沙眼包涵体性结膜炎（TRIC）衣原体的眼型（简称沙眼衣原体）感染所引起的一种传染性结膜角膜炎。

【诊断要点】

（一）患者常有轻重不等的异物感、畏光、流泪、烧灼和干燥感等症状。

（二）晚期如合并有睑内翻、倒睫、角膜溃疡时，则出现明显的刺激症状，并可影响视力，甚至失明。

（三）体征：

1. 诊断依据：上穹隆部和上睑结膜血管模糊充血、乳头增生或滤泡形成或二者兼有。在该项的基础上，并有下列 3 项之一者可诊断为沙眼。

（1）用放大镜、裂隙灯显微镜检查可见角膜血管翳。角膜血管翳分级：将角膜分为 4 等份，血管翳侵入角膜上方 1/4 为 P_1；血管翳侵入角膜上方 1/2 为 P_2；血管翳侵入角膜上方 1/2 和下方 1/4 为 P_3；多于 P_3 者为 P_4。

（2）上穹隆或上睑结膜出现瘢痕。

（3）结膜刮片检查发现沙眼包涵体。

2. 沙眼的临床分期：见表 8－4－1。

表 8－4－1　沙眼的临床分期

分期	依据	分级	活动病变占上睑结膜总面积
第 1 期（沙Ⅰ）	上穹隆部和上睑结膜有活动性病变（血管模糊；乳头增生；滤泡形成）	轻（＋）	＜1/3
		中（＋＋）	1/3～2/3
		重（＋＋＋）	＞2/3
第 2 期（沙Ⅱ）	有活动性病变，同时出现瘢痕	轻（＋）	＜1/3
		中（＋＋）	1/3～2/3
		重（＋＋＋）	＞2/3
第 3 期（沙Ⅲ）	仅有瘢痕而无活动性病变		

3. 疑沙：上穹隆及睑部结膜充血、有少量乳头和滤泡，并已排除其他结膜炎者。

（四）并发症：睑内翻，倒睫，角膜溃疡，沙眼性上睑下垂，睑球粘连，慢性泪囊炎，实质性结膜干燥症。

【治疗】

（一）药物治疗：15%～30%磺胺醋酰钠、0.1%利福平或 0.1%酞丁安眼水，3～4 次/d；也可用 0.5%金霉素、四环素眼膏，1 次/d，坚持数月治疗。

（二）手术治疗：如滤泡较多，可用滤泡挤压术以缩短病程。乳头较多者，可用海螵蛸棒浸以抗生素等药物，摩擦破坏乳头，促进瘢痕形成。

（三）中医治疗及其他治疗：参见结膜炎。

泡性眼炎

一般认为是机体对内源性微生物蛋白质及毒素引起的表现在结膜、角膜上皮细胞一种迟发性变应性反应。营养不良、体质虚弱的儿童和腺病素质者容易发生。

【诊断要点】

(一)泡性结膜炎:球结膜出现隆起的圆形实性小结节,周围有局限性结膜充血,好发于睑裂部,继则结节顶端形成溃疡,逐步愈合吸收不留痕迹。

泡性结膜炎仅有异物感,若病变累及角膜,则有疼痛、畏光、流泪等角膜刺激症状。

(二)泡性角膜结膜炎:结节位于角膜缘。

(三)泡性角膜炎:结节位于角膜。

(四)束状角膜炎:泡疹后有一束血管跟随进入角膜。

【治疗】

(一)局部用药:0.5%链霉素、0.1%利福平眼水滴眼。泡性结膜炎可加用可的松眼水。

(二)维生素A、维生素D、维生素B_2、维生素C的应用。

细菌性角膜炎

一、单纯性角膜溃疡

这是一种极为多见的角膜溃疡,常无明显诱因,可能在外伤等引起的角膜上皮脱落的基础上,继发毒力较弱的细菌感染所致。

【诊断要点】

(一)有疼痛、怕光、流泪、异物感等症状。

(二)轻度睫状充血,角膜出现灰白色浸润灶,继之组织坏死脱落,形成溃疡,溃疡周围角膜组织透明。

【治疗】

一般抗生素眼药水或眼膏均有效,可在5~10d内痊愈。

二、蔓行性角膜溃疡

蔓行性角膜溃疡是一种常见的急性化脓性角膜溃疡,病变每向中央蔓行扩展,因前房常有积脓,故又称为前房积脓性角膜溃疡。常为角膜外伤后,继发细菌感染所致。主要致病菌为毒力较强的细菌,如肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌及溶血性链球菌。

【诊断要点】

(一)起病急,进展快,有严重的角膜刺激症状,可有患侧头痛及全身

不适。

(二)眼部混合充血。

(三)溃疡特征初起时在角膜中央部呈粟粒大小的灰白色浸润,1～2d后溃疡迅速扩大呈灰黄色圆盘状。有1个进行边缘,其浸润越过边缘在基质内向周围及深层进展,而对侧边缘相对比较清洁。在溃疡中央部,角膜后层组织内有成团的化脓性浸润,直达后弹力膜形成角膜后脓肿,为角膜溃疡即将穿孔的征兆。

(四)前房积脓,沉积于前房下部,其液平面可随体位的改变而移动。

【治疗】

(一)有条件时应及时进行细菌培养及药物敏感试验。在等待结果期间可选用庆大霉素、新霉素、链霉素、卡那霉素等抗生素眼药水中的2～3种联合应用,睡前涂抗生素眼膏,重症者可结膜下注射。有化验结果后,再选用敏感性强的抗生素。

(二)充分散瞳,局部热敷。

(三)前房积脓多者,可行前房穿刺术。

(四)临近溃疡穿孔者,可做治疗性角膜移植术。如无条件,也可行结膜瓣遮盖术。

(五)有慢性泪囊炎者,应用抗生素溶液冲洗泪道,1～3次/d,待炎症消退后再做泪囊手术。

三、绿脓杆菌性角膜溃疡

绿脓杆菌性角膜溃疡多发生在眼外伤或取角膜异物后,为绿脓杆菌直接感染所致。绿脓杆菌可能附着于异物上,但更可能存在于污染的眼药水中,特别是在地卡因、荧光素溶液内最为常见。

【诊断要点】

(一)有外伤或取角膜异物病史,起病急,症状重,预后差,1～2d内可毁坏全部角膜甚至发展成全眼球炎。

(二)角膜病变处呈灰白色浸润,稍隆起,其周围有较宽的水肿区,后弹力层和内皮层有皱褶。浸润很快形成圆形或半环状溃疡,坏死组织上附有大量黄绿色分泌物,有粘性不易擦去。前房积脓。溃疡迅速穿孔。最终形成角膜葡萄肿。

【治疗】

(一)庆大霉素、多粘菌素B或粘菌素联合应用。除高浓度溶液滴眼外可作结膜下注射。

(二)以粘菌素甲磺钠(Sodium colistumethate)500mg及10%磺胺醋酰钠4.5ml,加入生理盐水900ml中,冲洗用。

(三)充分散瞳。

(四)胶原酶拟制剂滴眼,如2%半胱氨酸。

(五)重症病例,在药物治疗24～48h以后,可做角膜板层移植术。

(六)焚毁敷料,注意隔离。

单纯疱疹性角膜炎

单纯疱疹性角膜炎由单纯疱疹病毒Ⅰ型引起,感染后病毒长期潜伏在体内。当机体免疫力降低时易复发。上呼吸道感染、发热、劳累等为疾病的诱发因素。角膜病灶有特殊变化,如树枝状、地图或盘状等。

一、树枝状角膜炎

【诊断要点】

(一)病变区角膜知觉减退或消失,其周围角膜的敏感性相对增加。

(二)早期在角膜表面见点状、线状或呈分支状排裂的小泡。小泡破裂后形成浅的凹陷,并互相融合。病变区附近上皮有水肿。荧光素染色检查,病变区呈明显的绿色树枝状线条,其周围有较宽的淡绿色浸润。

(三)多次反复发作。

【治疗】

(一)抗病毒药物:

1. 0.1%碘苷溶液,1次/h。晚上加用其药膏。

2. 0.05%环胞苷溶液眼膏。

3. 0.1%～0.5%三氮唑核苷溶液或眼膏。

4. 0.1%酞丁胺溶液,每2h 1次滴眼。皮肤病损可用0.1%酞丁胺混悬液湿敷。

5. 3%无环鸟苷眼液或0.1%溶液点眼。疗效优于上述几种药物,且停药后复发率低。

(二)病灶清创术:

1. 机械清创：表面麻醉后，用湿棉签或复位器在裂隙灯下清除溃疡及其周围0.5mm范围内的上皮，同时配合抗病毒药物治疗。

2. 冷冻清创：－60～－80℃低温，每点冷冻6～8s，然后以生理盐水解冻，必要时可反复多次。先冷冻边缘，后冷冻溃疡中央。

（三）干扰素局部滴眼：用碘苷治疗无效的患者，改用0.1%人白细胞干扰素，1次/d，滴眼有效。若与抗病毒药物联合应用疗效更佳。

二、地图状角膜炎

地图状角膜炎由树枝状角膜炎扩展而成。

【诊断要点】

病灶形态不规则，边缘凸凹不平，有浓密的浸润点。基质浑浊水肿，后弹力膜有皱褶形成。前房可有闪光现象。

【治疗】

（一）同树枝状角膜炎。

（二）胶原酶抑制剂（如2%半胱氨酸）可防止溃疡的发展。

（三）粘合剂：局麻下清洁溃疡基底，涂上一薄层粘合剂，待干燥后，戴亲水软性接触镜或涂抗生素眼膏包扎，可以阻滞溃疡进行，防止穿孔。待角膜溃疡愈合后再除去粘合剂，一般保留6～8周。

（四）手术治疗：对于穿孔或接近穿孔的深部溃疡病例，有条件时可做板层或穿透性角膜移植术。

三、盘状角膜炎

盘状角膜炎多由树枝状、地图状角膜炎发展所致。

【诊断要点】

病变表层愈合，基质内发生浑浊水肿，多为圆盘状，轮廓模糊不清。光带切面增厚，向前房突出，后弹力膜皱褶。

【治疗】

抗病毒药以环胞苷或无环鸟苷为好，碘苷次之。

巩　膜　炎

巩膜炎可分为前巩膜炎、后巩膜炎2类。病因不明，可能与变应性反应有关。因常与胶原性疾病并存，亦可能与自身免疫有关。

一、前巩膜炎

【诊断要点】

(一)病变位于赤道部前方巩膜。呈局限性或弥漫性紫红色隆起,有压痛,与结膜无粘连。严重者结节互相融合,波及全周巩膜时,形成环状巩膜炎。如病变位于角膜缘处,炎症可蔓延至角膜,在角膜基质层见舌样白色浑浊称硬化性角膜炎。

(二)疼痛剧烈,且向眼部周围放射,有刺激症状。如病变发生于眼外肌附着处,则眼球运动时疼痛更甚。

(三)多合并虹膜睫状体炎。

(四)病程长,连续数年后巩膜结缔变薄,呈暗紫色,重症者可形成巩膜葡萄肿。

【治疗】

(一)常伴有全身疾病,应予以病因治疗。

(二)局部滴用0.5%可的松眼药水,但禁忌结膜下注射,以防止巩膜穿孔。

(三)重症病例全身应用强的松、地塞米松和消炎痛等。

(四)并发症应给予对症治疗。

二、后巩膜炎

【诊断要点】

(一)病变位于赤道后方的巩膜,眼眶深部剧烈疼痛,视蒙,复视。

(二)眼睑及球结膜明显水肿,眼球轻度突出,运动障碍。

(三)常合并脉络膜炎、玻璃体浑浊,视神经乳头水肿,渗出性视网膜脱离等。反复发作可以导致后葡萄肿甚至穿孔。

【治疗】

同前巩膜炎。

虹膜睫状体炎

虹膜睫状体炎也称前葡萄膜炎。葡萄膜有纵横交错的丰富血管组织,因此血流中存在的致病因素,容易在该膜滞留,而导致炎症反应。

【诊断要点】

(一)疼痛、畏光、流泪。

(二)视力减退。

(三)睫状充血或混合充血。

(四)房水浑浊:炎症细胞和纤维素渗出物在裂隙显微镜下表现为丁道尔(Tyndall)现象。前房内常有棉絮状渗出物,甚至出现黄白色前房积脓。

(五)角膜后沉着物(简称 KP)可为细点状、羊脂状、色素性。

(六)虹膜失去正常光泽,纹理不清。

(七)瞳孔缩小,对光反应迟钝。虹膜发生后粘连时瞳孔呈不规则状。如瞳孔缘全周与晶体粘连称瞳孔闭锁。瞳孔若为机化膜遮盖时称为瞳孔膜闭。

【治疗】

(一)寻找病因,去除病灶。

(二)充分散瞳:可以消炎止痛,防止虹膜后粘连和预防继发性青光眼。

1. 滴 1%～2%阿托品,3 次/d。

2. 强力散瞳剂(1%阿托品、1‰肾上腺上素、4%可卡因各等量)0.3ml,球结膜下注射。

(三)皮质类固醇:可局部滴用 0.5%可的松眼液,结膜下注射和口服氟美松。

(四)免疫抑制剂:对重症、顽固病例与皮质类固醇合用。常用环磷酰胺 50～100mg,2 次/d,口服。2 周为 1 疗程。在用药过程中应经常检查血象。

急性闭角型青光眼

急性闭角型青光眼具有病理性高眼压足以引起视盘凹陷、视神经萎缩和视野缺损者称为青光眼。小角膜、大晶体、浅前房、房角窄是引起眼压升高的解剖基础。情绪波动、生气常为导致青光眼急性发作的诱发因素。

【诊断要点】

(一)症状:剧烈眼痛,视力急骤下降,虹视,伴同侧头痛、恶心、呕吐、发热等。

(二)体征:混合充血;角膜水肿,呈雾状浑浊;瞳孔散大,对光反应迟钝或消失;前房浅,房角窄;虹膜呈节段性萎缩;眼压高达6.7～10.7kPa(50～80mmHg),甚至可高达13.3kPa(100mmHg)以上。晶体前囊下有点状、片状或地图状灰白色浑浊的青光眼斑。

(三)鉴别诊断:

1.恶心、呕吐须与消化系统疾病鉴别。

2.剧烈偏头痛须与神经系统疾病鉴别。

3.与急性虹膜睫状体炎、急性卡他性结膜炎鉴别。

【治疗】

以手术治疗为主。急性发作时应采取综合措施,使眼压迅速下降,争取前房角重新开放以减少视功能损害。

(一)药物治疗:

1.缩瞳药:

(1)2%毛果云香碱眼药水:每10～15min滴眼1次,待瞳孔缩小、眼压降低后改为3次/d。

(2)0.25%毒扁豆碱:每15min1次,但此药有刺激性,不宜长期应用。

2.肾上腺素能β受体阻滞剂:常用噻吗心安眼药水,2次/d,点眼。

3.高渗药物:20%甘露醇1～2g/kg体重,通常用250～500ml在30min内快速静滴。口服甘油。1～1.5g/kg体重与等量生理盐水配成50%甘油溶液,1次顿服,有恶心、呕吐者不宜应用甘油。

4.碳酸酐酶抑制剂:可抑制房水生成。常用乙酰唑胺,首次量为500mg,口服;以后为250mg、3次/d,口服。同时服用苏打片及氯化钾可减少其副作用;或用二氯磺胺,首次量为50mg,口服;以后为25mg,口服,4次/d。亦宜同时服用苏打片及氯化钾。

5.其他:如消炎痛、肾上腺皮质激素可减轻炎症反应;镇静剂(如冬眠灵)有镇静作用,又可缓解恶心、呕吐症状。

(二)手术治疗:

1.虹膜周边切除术:适用于房角未广泛粘连(小于1/2圆周),药物治疗后瞳孔缩小,眼压降至正常。停药48h后眼压未再升高或仅用缩瞳药便可控制眼压、房水流畅系数大于0.19者,对侧眼未发作也应做此手术。

2. 滤过手术如小梁切除手术：适用于房角粘连大于 1/2 圆周，房水流畅系数小于 0.19 者。

（二）中医治疗：

1. 肝胆火炽：头目剧痛，视力急降，睛珠胀痛，抱轮红赤或白睛混赤，黑睛如雾，瞳神散大，恶心、呕吐，口苦便秘，苔黄腻，脉弦数。治法：清肝泻火。方药：龙胆泻肝汤。

2. 寒邪上犯：眼痛视昏、头痛连巅，干呕少食，四肢不温，舌淡，脉滑。治法：温中散寒，降逆。方药：吴茱萸汤。

3. 肝郁气逆：除有肝胆火炽型症状外，伴有性急易怒；或于情志波动后眼病发作，胸闷胁胀，呕吐泛酸，脉弦。治法：疏肝解郁。方药：丹栀逍遥散。

4. 阴虚火旺：眼胀头眩，劳倦后加重，瞳神略大，视物昏暗，耳鸣失眠，腰酸口干，舌红、少苔，脉细数。治法：滋阴降火。方药：知柏地黄汤。

5. 肝肾两亏：视力缓降，视野渐窄，瞳神散大，腰膝酸软，耳鸣目干，舌淡，脉细。治法：滋补肝肾。方药：杞菊地黄汤。

（四）针灸治疗：

1. 体针：眼明、球后、太阳、风池、曲池、行间。头痛剧烈者加合谷、印堂、攒竹；恶心、呕吐者加内关、足三里；眼压高时加曲池透少海、足三里。

2. 耳针：肾、肝、目$_1$、目$_2$、眼、神门、太阳。每次选 3～4 穴，交替使用。每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

3. 皮肤针：攒竹、阳白、太阳、四白和背部膀胱经。中等度叩刺。每日或隔日 1 次。

4. 激光针：用 3～7mW 的氦－氖激光做睛明、承泣、瞳子髎、合谷、太冲照射，每次选 2～3 穴，每穴照射 5min，每日或隔日 1 次，20 次为 1 疗程。

（五）单验方：

1. 豨莶草 15g、地胆头 30g、青葙子 15g、夜香牛 30g、白花蛇舌草 15g、金钱草 30g、水杨梅 30g、野菊花 15g，水煎服。

2. 向日葵 2～3 朵，水煎，一半内服，一半熏洗眼部。

白　内　障

当各种原因引起房水成分和晶体囊渗透性改变及代谢紊乱时，晶体有蛋白变性、纤维间出现水裂空泡、上皮细胞增殖等改变，使透明的晶体变为浑浊，称为白内障。

一、先天性白内障

在胎儿时期，任何外来因素，如机械性、物理性、化学性、炎症或遗传因素均影响晶体发育，而在出生后即呈现不同程度的晶体浑浊，称为先天性白内障。一般将先天性白内障分为以下几种。

（一）全白内障：晶体于出生时即已全部浑浊。

（二）前极白内障：浑浊在前囊中央，呈一圆形小点或稍隆突，故一般不影响视力，多为双侧性。

（三）后极白内障：浑浊在后囊中央，因浑浊在结点附近，故对视力有一定影响，双侧发生。

（四）点状白内障：晶体皮质内呈斑点状浑浊，一般不影响视力，常双眼受累

（五）绕核性白内障：围绕晶体核的板层浑浊，并有许多白色索样浑浊骑跨在浑浊区的赤道部上，视力明显受碍。

（六）花冠状白内障：晶体周边部有短棒形或小滴状的乳白色浑浊，呈花冠状排列，中心部与极周边部晶体透明，很少影响视力。

【诊断要点】

（一）一般为双侧，静止性且常有遗传性。

（二）主要根据晶体的浑浊部位、形态做出各类白内障的诊断。有的需散瞳后检查，如绕核性白内障、花冠状白内障。

【治疗】

（一）如属静止性的，对视力影响不大的一般不需治疗，如前极、点状、花冠状白内障。

（二）绕核性白内障、全白内障，可做手术治疗，如光学虹膜切除术、截囊术及吸出术。

（三）一般应在4个月即行手术，最迟勿超过2岁，以免产生弱视，术后应尽早带矫正眼镜。

二、老年性白内障

【诊断要点】

(一)多发生于50岁以后,为双侧性。

(二)患者自觉眼前有固定黑影,视力逐渐减退,并可有单眼复视、多视、屈光改变等。视力障碍出现时间因浑浊部位的不同而异。

(三)皮质性白内障(最常见)按其发展过程可分为4期。

1. 初发期:晶体周边部出现楔形浑浊,故常须散瞳孔后才能发现,视力常不受影响。此期发展缓慢可达数年。

2. 膨胀期:晶体呈现不均匀乳白色浑浊前囊膜紧张饱满、前房变浅,虹膜半月投影存在,视力障碍明显,眼底难以窥见,此期易继发青光眼,故散瞳检查时应特别注意。

3. 成熟期:晶体呈乳白色浑浊,虹膜半月投影消失,前房恢复正常,眼底完全无法窥及,视力多仅能分辨手动或光感。此期为手术适宜时机。

4. 过熟期:皮质液化呈乳状,核下沉,晶体体积变小,虹膜震颤、囊膜松弛皱缩。液化的皮质漏到晶体外后可产生过敏性葡萄膜炎和晶体溶解性青光眼。

(四)核性白内障(较皮质性少见):浑浊多由胚胎核开始,逐渐发展而使成年核完全浑浊。晶体呈棕褐色浑浊,终则接近黑色,故有棕色障或黑色障之称。斜照法检查可见瞳孔区中央盘状浑浊。当双眼视力障碍严重或发展为全白内障时,才需做白内障摘除术。

【治疗】

参见其他类型白内障的治疗。

三、并发性白内障

并发性白内障是由于眼内炎症或退行性病变,使晶体营养或代谢障碍而变为浑浊。常见于虹膜睫状体炎、葡萄膜炎、视网膜脱离、视网膜色素变性、高度近视、青光眼、眼内肿瘤等。

【诊断要点】

(一)有上述原发病的相应表现,多为单眼。

(二)首先在晶体后极部囊膜或后囊下皮质出现白色或黄色浑浊。呈典型的锅底或菊花状,继而使晶体全部浑浊。

【治疗】

(一)治疗原发病。

(二)若患者光感光定位正确,可考虑手术治疗。

四、外伤性白内障

由眼球穿通伤、挫伤、辐射性损伤及电击伤等引起的晶体浑浊。

【诊断要点】

(一)有眼部外伤史及其相应的临床表现。

(二)穿通伤所致白内障:

1. 晶体囊膜有破口。如破裂口小或浅,则囊膜破裂后可自行封闭,呈局限性浑浊;如裂口大或深者,晶体皮质纤维可浑浊肿胀。

2. 若浑浊的皮质穿入前房,可继发葡萄膜炎或青光眼。

(三)挫伤所致白内障:

1. 严重挫伤可致晶体囊膜破裂,尤以后囊易破,房水进入晶体内,而致晶体浑浊。

2. 囊膜破口小,可为局限性浑浊。

(四)辐射性白内障:晶体后囊出现小点状浑浊,浑浊前面的皮质可见空泡,前后双层浑浊在边缘相融合变成环形。晶体前囊下出现条状浑浊及空泡,逐渐发展为完全浑浊。

(五)电击伤白内障:最初浑浊起源于前囊下皮质,然后发展为全白内障。

【治疗】

(一)局限性白内障:属辐射性引起者,则应立即更换环境。对视力影响不大者,试用药物治疗。

(二)晶体皮质突入前房,应及早手术摘除白内障,同时应用肾上腺皮质激素、消炎痛和降眼压药物,防治继发青光眼和葡萄膜炎。

(三)外伤性白内障无论其属何型,如已完全浑浊、光感、光定位正确,均可行白内障摘除术。

五、后发性白内障

白内障囊外摘除术后或晶体外伤后,残留的皮质和囊膜上皮细胞增生,而在瞳孔区形成半透明或不透明膜,称为后发性白内障。

【诊断要点】

(一)有白内障囊外摘除术或吸出术或晶体外伤史。

(二)前房深。对视力的影响取决于膜样组织的厚薄。

(三)瞳孔区内有厚薄不均匀的膜样组织与虹膜常有不同程度的粘连。

【治疗】

主要行手术治疗。囊膜较薄者,可单纯行截囊术;机化膜较厚者,可行囊膜剪除术或用玻璃体切割器切除之。术后应适当给以皮质类固醇类药物及消炎痛,以预防炎症反应。

【附】白内障治疗的注意事项

(一)手术治疗:

1. 术前检查:

(1)全身检查:高血压控制在24.0/12.0kPa(180/90mmHg))以下,空腹血糖在7.8mmol/L(140mg%)以下,有化脓性病灶(如头面部疖和急、慢性呼吸道炎症),因其易引起术中及术后并发症,故应先给予治疗。

(2)眼部检查:晶体完全浑浊是手术摘除的最佳时机。现由于白内障手术的进步,一般在视力<0.1,影响患者工作和生活者,就可施行手术。检查光感、光定位,以及红、绿色觉。泪道冲洗、眼压测定、裂隙灯检查等常规检查同时应特别注意有无慢性泪囊炎。

2. 手术方法的选择:

(1)白内障吸出术:适用于30岁以下的各种软性白内障患者。

(2)囊内摘除术:适用于老年性白内障或40岁以上的白内障患者。尤其是有较多透明皮质的老年性和并发性白内障患者。

(3)囊外摘除术:适用于老年性白内障、有硬核的其他类型白内障、拟植入后房型人工晶体的白内障、囊膜已破的30岁以上的外伤性白内障患者。

(4)截囊术及囊膜剪除术:适用于后发性白内障。

(5)针拔术:适于老年体弱者或其他原因不能施行白内障摘除者。

3. 白内障术后视力的矫正:无晶体眼往往呈高度远视状态,一般在+10~+11D间。

(1)双眼白内障摘除术后,一般于术后3个月配戴+10~+11D的眼

镜矫正恢复远视力；或植入人工晶体。由于术后失去调节力，因而看近的眼镜需再加 +3～+4D。

(2)单眼白内障术后。不能戴用普通眼镜，因其成像大于正常眼之故。可配戴角膜接触镜以减少成像大小的差距。人工晶体的成像差距最小，故特别适用于单眼白内障术后

(二)药物治疗：目前尚无一种药物能够恢复晶体的正常代谢和促进晶体浑浊的吸收，故药物治疗疗效不肯定。

1. 局部滴用谷胱甘肽、法可林、卡他林、白内停等眼药水的任何一种。

2. 口服维生素 B_2、维生素 C。

3. 服用杞菊地黄丸、磁珠丸。

(三)中医治疗：

1. 肝肾两亏：视物模糊，双目干涩，头晕耳鸣，腰膝酸软，舌淡；脉细，或面白畏冷，小便清长，脉沉弱。治法：补益肝肾。方药：杞菊地黄丸或左归丸。

2. 脾气虚弱：视物昏花，精神倦怠，肢体乏力，面色萎黄，食少便溏，舌淡、苔白，脉缓或细弱。治法：补脾益气。方药：补中益气汤。

3. 肝热上扰：头痛目涩，眵泪眊燥，口苦咽干，脉弦。治法：清热平肝。方药：石决明散。

4. 阴虚挟湿热：目涩视昏，烦热口臭，大便不畅，舌红、苔黄腻。治法：滋阴清热，宽中利湿。方药：甘露饮。

(四)针灸治疗：体针：睛明、球后、攒竹、鱼腰、合谷、足三里、三阴交，每日或隔日 1 次，每次 2～3 穴，8～10 次为 1 疗程。

(五)单验方：黄精 15g、枸杞 9g、菊花 3g、珍珠母 18g、陈皮 9g、红糖适量，水煎服，1 剂/d，连服 10～15 剂。

中心性浆液性视网膜病变

病因未明。一般认为是由于黄斑毛细血管痉挛所致，可能与体内感染性病灶所引起的过敏反应有关。

【诊断要点】

(一)病史：大多为单眼突然发病。多见于 20～45 岁的男性。本病有

自愈倾向，大多于 1～4 个月内自愈。病程长或多次复发者可致永久性视力障碍。

(二)症状：视力减退，视物变形、变暗、变小、变色。

(三)体征：

1. 视力不同程度减退，对比敏感度下降，MTF 曲线偏向低频区。

2. 视野检查存在比较性中心暗点。

3. 眼底表现：黄斑水肿，周围有反光圈，中心凹反射消失。继而出现黄白色点状渗出。恢复阶段，水肿逐渐消退，中心凹反射多可恢复，可残留黄白色点状渗出，轻度色素紊乱。

4. 荧光眼底血管造影：静脉期可见一个或多个荧光素渗漏点，呈喷出型或扩散型。病变痊愈则无渗漏点，色素沉着物呈荧光遮蔽，色素脱失处呈透见荧光。

【治疗】

(一)去除感染病灶，禁忌烟酒，注意休息。

(二)药物治疗：

1. 烟酸片 50～100mg，3 次/d，口服；地巴唑 20mg，3 次/d，口服。

2. 支持疗法：口服 B 族维生素；或辅酶 A 100u，肌肉注射，1 次/d。

(三)激光治疗：2～4 个月后病变不能自愈者，可用氩激光直接光凝渗漏点，但注意勿破坏中心视力。

视神经乳头炎

视神经乳头炎主要由全身疾病(如脑脊髓炎、脑炎、多发性硬化症、结核、梅毒、急性传染病以及代谢失调)和邻近组织感染的蔓延(如眼部、眶部及鼻窦部炎症感染)所引起。

【诊断要点】

(一)发病急剧，视力高度下降，数天内可完全失明。

(二)初起病时，可有前额或眼球后疼痛和压迫感。

(三)单眼或双眼发病。

(四)眼底检查：早期视神经乳头充血、边缘模糊，视乳头轻度肿胀、隆起，一般不超过 3D，视网膜中心静脉充盈，色暗、迂曲。严重时，视乳头及其周围可见小出血斑及渗出，甚至黄斑部可见有水肿、放射状皱褶及点状

或扇形星芒状渗出，称为视乳头网膜炎。晚期炎症消退后，视乳头出现继发性萎缩，色灰白，边缘不清，视网膜动脉变细。

（五）视野检查：常有中心暗点，旁中心暗点，象限性缺损或向心性缩小。

【治疗】

（一）病因治疗。

（二）肾上腺皮质激素：地塞米松 5～15mg 溶于 5% 葡萄糖液 500～1 000ml，1 次/d，静脉滴注。小儿减量。

（三）对原因不明或有感染灶者，应同时应用抗生素。

（四）内服血管扩张药和应用大量维生素，尤其是维生素 B_1。

（五）中医治疗：

1. 肝火亢盛：视力急降，睛珠转动时疼痛，外观无异或仅见瞳孔微大。伴口苦咽干，头痛耳鸣，舌红、苔黄，脉弦数。治法：清泻肝火。方药：龙胆泻肝汤加减。

2. 阴虚火旺：眼证如上述。伴头眩耳鸣，五心烦热，腰膝酸软，口干，舌红、少苔，脉细数。治法：滋阴降火。方药：知柏地黄汤加减。

3. 气滞肝郁：眼证如上述。伴情志抑郁，胸胁胀痛，脘满食少，脉弦。治法：疏肝解郁。方药：柴胡疏肝散加减。

4. 气血亏虚：眼证如上述，伴面白唇淡，头晕乏力，舌淡，脉细。治法：益气养血。方药：八珍汤加减。

（六）针灸治疗：

体针：睛明、攒竹、风池、太阳、百会、球后、承泣、合谷、外关、臂臑、光明、三阴交，每次选 4～5 穴，局部穴与远端穴配合，1 次/d。

视神经乳头水肿

视神经乳头水肿主要由颅内占位性病变引起的颅内压增高（如脑瘤、脑脓肿、蛛网膜下腔出血、脑水肿、脑膜炎）、眶内病变（如眶内肿瘤、脓肿或眶蜂窝组织炎）直接压迫视神经、眼内病（如角膜瘘、穿通伤、急性青光眼）所致的眼压突然降低或剧烈增高、全身性疾病（如贫血、白血病、恶性高血压、肾炎和妊娠高血压综合征）所引起。

【诊断要点】

(一)单眼或双眼发病。

(二)症状:发病初视力可正常,但常有一过性视力模糊。视野为生理盲点扩大,因颅内压增高常伴有头痛、恶心、呕吐等症状。

(三)眼底表现:视神经乳头边界模糊,色红,并逐渐加重,毛细血管扩张增生,视神经乳头呈蕈状隆起,通常可大于3D,生理凹陷消失,视神经乳头表面和边缘视网膜常见出血及渗出物,静脉高度怒张。晚期,肿胀的视乳头逐渐平复,但颜色变成灰白,边界不清,沿血管有白色线条。

【治疗】

视神经乳头水肿是一个征象,应针对病因进行治疗。

视神经萎缩

本病为视神经的退行性病变,临床上分为2种:

(一)原发性视神经萎缩:见于视神经直接受伤或其病变造成视神经断裂,以及晚期梅毒引起的视神经萎缩。

(二)继发性视神经萎缩:原发病变在视神经乳头、视网膜或脉络膜,如视神经乳头炎、乳头水肿、脉络膜视网膜炎、视网膜色素变性视网膜中央动脉阻塞或青光眼。

【诊断要点】

视力下降是主要症状。

(一)原发性:视乳头颜色苍白,边界清晰,筛板清楚可见,视网膜血管早期正常,晚期稍细。

(二)继发性:视乳头颜色青灰,污秽或蜡黄,边界模糊,动脉血管变细,以及病因不同而有相应疾病的眼底表现。

【治疗】

(一)西医治疗:

主要针对病因,应用多种维生素、血管扩张剂、氧气吸入和组织疗法。

(二)中医治疗:

1.肝肾亏虚:眼外观端好而视力渐降,甚至仅辨三光,伴头晕耳鸣,腰膝酸软,脉沉细。治法:补肝益肾。方药:生地15g、熟地15g、天冬10g、麦冬10g、杞果10g、菟丝子10g、山芋肉15g、楮实子15g、红花10g、当归

10g、牛膝 10g，上药可以临证加减；或用明目地黄丸加减。

2. 阴虚火旺：眼证如上述。伴目干口渴，五心烦热，舌红、少苔，脉细数。治法：滋阴降火。方药：知柏地黄丸加桔梗、丹参、红花、菟蔚子、决明子。

3. 气滞血瘀：眼证如上述。伴头痛健忘，眼底血管明显变细；或有明确的头目外伤史，舌有瘀斑，脉涩。治法：活血化瘀，理气通络。方药：血府逐瘀汤加减。

4. 脾肾阳虚：眼证如上述。伴面白形寒，腰膝冷痛，食少便溏，舌淡，脉沉。治法：温补脾肾。方药：补中益气汤加附子、肉桂、补骨脂、川芎、红花。

（二）针灸治疗：

1. 体针：肝俞、肾俞、三阴交、光明、风池、目窗、球后、睛明、太阳、攒竹、外关、合谷。一次可选 3～4 穴，1 次/d，30 次为 1 疗程。

2. 穴位注射：球后、光明、肝俞、风池。每次 2 穴，药物是复方丹参液、当归注射液、维生素 B_1 及维脑路通注射液等，每次任选一种药物，每穴注射药物 1～2ml，球后穴每周 1 次；余穴隔日 1 次。

角膜异物

常见者为金属细屑、敲击飞溅的细小碎片、爆炸时的碎屑或火药微粒、石屑、尘粒及动植物的细刺等。

【诊断要点】

（一）异物感、疼痛、流泪及畏光。

（二）角膜异物多位于睑裂暴露处角膜，如为铁、铜等碎屑，在异物周围会出现锈斑及角膜浸润。

【治疗】

（一）角膜浅层非金属异物在 1% 地卡因表面麻醉下用棉签蘸生理盐水后拭去。如为金属异物特别是已有的锈斑者，需用异物针或注射针头剔除。最好在表面麻醉后在裂隙灯下进行，以减少组织损伤。角膜异物剔除后涂抗生素眼膏包封，防止感染，次日复诊。

（二）角膜深层异物必须在裂隙灯下剔除，以防止异物进入前房。如为磁性异物，在异物前面角膜切开后用电磁铁吸出。

(三)剔除角膜异物用的眼药水,器械及敷料,必须严格消毒,以防感染,特别是绿脓杆菌感染。

交感性眼炎

交感性眼炎是指一眼受穿通伤或内眼手术后,发生慢性或亚急性葡萄膜炎(激发眼);另一未受伤眼同样发生了非坏死性肉芽肿性葡萄膜炎(交感眼),称为交感性眼炎。一般认为是伤眼葡萄膜色素引起的迟发型自身免疫反应,与细胞免疫有关.

【诊断要点】

(一)激发眼有穿通伤或内眼手术史.

(二)眼部表现:

1. 激发眼:有怕光、流泪症状,葡萄膜炎症不断发展。

2. 交感眼:有2种临床类型:

(1)眼前部型:表现为虹膜睫状体炎,容易发生虹膜后粘连、瞳孔膜闭或闭锁、继发青光眼等。如反复发作可累及眼后部。

(2)眼后部型:较眼前部型多见。视神经乳头边界不清,视网膜水肿,脉络膜上见边界清楚的黄色小斑点。严重者可发生渗出视网膜脱离、玻璃体浑浊。随病情发展也可出现眼前部改变。

【治疗】

(一)局部治疗:参阅虹膜睫状体炎。

(二)皮质类固醇静脉点滴,广谱抗生素治疗。

(三)免疫抑制剂:用于不能长期使用皮质类固醇或对大量皮质类固醇治疗无效的病例。

(四)支持疗法:应用丙种球蛋白、能量合剂和各种维生素。

(五)如受伤眼恢复无望时应予以摘除,如尚有恢复部分视力可能者,应予以保留,但须严密观察。

化学性眼外伤

化学性眼外伤的病因主要包括酸、碱灼伤2大类。

(一)酸性化学灼伤:分有机酸或无机酸致伤,临床常见为无机酸损伤。无机酸有硫酸、盐酸、硝酸、冰醋酸等,其分子结构简单,活动性强容

易渗入组织，酸与组织接触后，致组织蛋白变性、凝固，这样就有效地阻止了剩余酸继续向深层组织渗透。故对角膜的损伤程度往往较碱性物质为轻。

（二）碱性化学灼伤：常见的碱性致伤物质有氢氧化钾、氢氧化钠、石灰和氨水等。碱性物质与组织接触后，除引起组织蛋白的迅速凝固和细胞的坏死外，还能与组织中的类脂质起皂化作用，使组织脂肪溶解，碱性物质不断渗入深部组织，造成严重后果。

【诊断要点】

（一）轻度者仅有刺痛、畏光、流泪等刺激症状，结膜轻度充血，角膜透明或仅有上皮脱落。

（二）重者除上述症状加重外，视力下降明显，结膜高度充血或苍白坏死。角膜浑浊，基质水肿，角膜部分或全部累及。继之出现角膜坏死脱落甚至穿孔。虹膜炎明显，可出现前房积脓，愈合后视力明显减退。角膜部分或全部为假性胬肉。部分或全睑球粘连。眼睑可有溃疡、眼睑缺损或睑外翻。

【治疗】

（一）急救处理：化学伤最重要最关键的处理是现场急救，分秒必争。眼受伤后应立即用生理盐水或自来水冲洗眼部，冲洗应持续 15min 左右。

（二）送至医院仍须再次用生理盐水冲洗，如为固体物质（如石灰），要充分暴露穹隆部用棉签拭去固体物质。中和液冲洗无特殊性，一般不必采用。

（三）如结膜角膜损伤严重，应做结膜放射状切开，结膜下再做冲洗；或切除坏死的球结膜做自体结膜或口唇粘膜移植。对严重灼伤、角膜浑浊明显者，可做前房穿刺放出房水。

（四）全身用肾上腺皮质激素持续 1 周。长期应用有增加角膜穿孔可能性。

（五）胶原酶抑制剂的应用，如用 0.37% 依地酸二钠或 0.25% 半脱氨酸眼液滴眼。

（六）结膜下注射自血 1ml 改善角膜营养。血管扩张剂如妥拉苏林 12.5mg 结膜下注射以改善结膜循环，1% 阿托品散瞳。

（七）防止感染。

电光性眼炎

电光性眼炎为眼部受紫外线过度照射所引起的角膜、结膜损害。常见于电焊、紫外线灯、高能电源及原子弹爆炸等损伤。

【诊断要点】

(一)潜伏期为6～8h,不超过24h。

(二)睑部及眼部烧灼感、异物感、疼痛、流泪、畏光。

(三)睑痉挛、结膜混合充血、水肿、睑裂暴露处角膜上皮点状脱落,荧光素染色阳性,瞳孔缩小。1～2d自愈。

【治疗】

(一)与紫外线接触时应戴防护镜。

(二)1%地卡因眼药水,滴眼,2～3次/d。

(三)冷敷。

(四)抗生素眼药水及眼膏点眼。

(五)给予口服维生素A、维生素D、维生素B_2。

屈光不正

在无调节状态下,5m以外的平行光线经角膜、晶体等屈折后,焦点准确地落在视网膜上者,称为正视眼。由于眼球的屈光力与眼轴不相适应,在无调节状态下,5m以外的平行光线经眼屈折后,不能在视网膜上结成焦点,称为非正视眼或屈光不正。

屈光不正包括近视、远视和散光3大类。

一、近视

眼在无调节状态下,5m以外的平行光线经眼屈折后,成焦点于视网膜前,在视网膜上成一模糊的像。

【分类】

(一)按病因分类:

1. 轴性近视:由眼轴延长而致。

2. 曲率性近视:眼的屈光力增强所致,由于角膜或晶体的弯曲较正常大。

3. 指数性近视:因晶体屈光指数增加所致。见于老年性白内障、糖

尿病。

(二)按屈光度分类:

1. 低度近视:-3D 和 -3D 以下者。

2. 中度近视: 6D 和 6D 以下者。

3. 高度近视:-6D 以上者。

(三)按性质分类:

1. 单纯性近视:由学龄开始发生,到 20 岁左右停止,近视度低于 -6D。

2. 进行性近视:幼年时即进展很快,15~20 岁进展更快,屈光度高于 -6D,甚至可达 30D,预后不良。

【诊断要点】

(一)视力:远视力下降,近视力正常。

(二)眼疲劳。

(三)屈光间质:中高度近视常出现玻璃体浑浊液化,并发性白内障。

(四)眼底:中、高度者出现近视性改变,豹纹状眼底,近视弧形斑出现。视神经乳头周围环状脉络膜萎缩,黄斑变性,Fuchs 斑,后巩膜葡萄肿,并易发生视网膜脱离。

(五)眼球:高度近视者因眼轴延长而稍突出。

【治疗】

(一)凹球镜片矫正:配镜原则上为采用能获得最佳矫正视力的最低镜片。

(二)各种角膜光学手术:放射状角膜切开术、角膜磨镶术。

【预防】

(一)防止过度用眼,并有良好的照明及环境。

(二)书写、学习时要保持正确的体位、姿势和距离。

二、远视

眼在无调节状态下,5m 以外的平等光线经眼屈折后,成焦点于视网膜后。

【分类】

(一)按病因分类:

1. 轴性近视:眼轴较正常眼短所致。

2. 曲率性远视：眼的屈光力较正常弱，由于角膜或晶体的弯曲角度较正常平坦。

3. 指数性远视：屈光间质的屈光指数低于正常所致。

（二）按屈光度分类：

1. 低度远视：+3D 和 +3D 以下者。

2. 中度远视：+6D 和 +6D 以下者。

3. 高度远视：+6D 以上者。

（三）按屈光性质分类：

1. 单纯性远视：指没有散光的远视。

2. 复性远视：指带有散光的远视。

【诊断要点】

（一）视力：低度远视者，远、近视力均正常；中度远视者，远视力好而近视力差，或两者均差；高度远视者，远、近视力均差，但老视出现较早。

（二）眼疲劳：因远视者看远看近均需调节，故眼疲劳症状明显。

（三）斜视及弱视：过度的调节可引起过度的集合，故易致内隐斜或内斜。屈光参差明显或远视度数高的还会出现弱视。

（四）可有假性视神经乳头炎的眼底表现。

【治疗】

（一）验光配镜：必须充分麻痹睫状肌验光。

（二）配镜原则：以凸球镜片矫正。一般是配给能获最佳矫正视力的最高度数的镜片。

1. 眼疲劳症状明显者应尽量配足能够耐受的度数。

2. 调节痉挛者应全部矫正其屈光不正度，如开始不能耐受，可先在睫状肌麻痹的状态下戴镜，以后逐步适应之。

3. 儿童的远视度随年龄增长，常有减低趋势，应改为每年验光 1 次，及时调整眼镜度数。

4. 内隐斜和内斜者原则上也应全部矫正屈光不正度，以使调节松弛而间接地解除过度的集合。如度数过高，患者不能耐受，可先点睫状肌麻痹剂，以逐步适应。如仍无法耐受者，则可酌量减低度数。

三、散光

眼在无调节状态下，5m 以外的平行光线经眼屈折后，不在视网膜上

形成焦点，而是在2个互相垂直的轴相经线上形成前后2个焦线。

【分类】

（一）不规则散光：多由后天性角膜疾病及手术引起，由于各经线的屈光力不一致而产生。用柱镜片难以矫正。

（二）规则散光：屈光力最大与最小的2条主要经线互相垂直，可用柱镜片加以矫正。根据2条焦线的位置，又可再分为5类。

1. 单纯性远视散光：1条焦线位于视网膜上，另1条位于视网膜后。

2. 单纯性近视散光：2条焦线位于视网膜上，另1条位于视网膜前。

3. 复性远视散光：2条焦线均位于视网膜后。

4. 复性近视散光：2条焦线均位于视网膜前。

5. 混合性散光：1条焦线在视网膜前，另1条在视网膜后。

【诊断要点】

（一）低度散光者远近视力一般正常，但精细目力工作者易出现眼疲劳。

（二）高度散光者常出现下述症状：

1. 视物模糊，眼疲劳症状不明显，但初戴矫正镜及散光矫正稍不足时反而出现眼疲劳症状。

2. 出现代偿性的头部倾斜，久之形成斜颈，常见于高度不对称散光。

3. 看远及看近时常眯眼，以减少散光。

4. 将所注视的物体移近，以获得较大的视网膜像。

【治疗】

（一）有明显症状及视力下降者应在睫状肌麻痹的情况下验光。若为规则散光，原则上全部矫正；如度数太高，患者无法耐受时，可适当降低度数，待适应后再逐渐增高。

（二）不规则散光可配戴角膜接触镜。

斜　视

两眼即使在意识控制下，仍有偏斜者称显斜。根据病因不同可分为共同性斜视和麻痹性斜视。共同性斜视是指肌肉本身和它的神经支配都无器质性病变而发生的眼位偏斜。它的特征是向任何方向注视或更换注视眼时其斜视角维持不变。又分为共同性内斜视和共同性外斜视。麻痹

性斜视，是因为神经核、神经或眼外肌本身器质性病变而引起的一条或数条眼外肌麻痹所致的偏斜。

一、共同性内斜

【诊断要点】

（一）眼位偏向鼻侧。

（二）眼球运动不受障碍。

（三）第 1 斜视角等于第 2 斜视角。

（四）无复视。

【治疗】

（一）矫正屈光不正：1% 阿托品眼液点眼 3d 后检影。内斜合并远视，应予全部矫正。合并近视者，给予能获得正常视力的最低度数，合并散光者，予以完全矫正。

（二）治疗弱视。

（三）正位视训练：对调节性内斜有价值。

（四）手术矫正：经非手术治疗后，尚有较大斜视角剩余时施行手术矫正。做斜视眼的内直肌后徙与外直肌缩短。如为交替性，做两眼内直肌后徙的对称性手术。

二、共同性外斜

【诊断要点】

（一）一眼眼位偏向颞侧。

（二）眼球运动无障碍。

（三）第 1 斜视角等于第 2 斜视角。

（四）无复视。

【治疗】

（一）矫正屈光不正：外斜合并近视者，应全部矫正。合并低度远视者可不予矫正。高度远视者可适量矫正，同时配合手术矫正。合并散光，应予完全矫正。

（二）治疗弱视。

（三）正位视训练。

（四）手术矫正：单眼外斜者，做斜视眼外直肌后徙与内直肌缩短术。间歇性外斜与交替性外斜者，若集合近点佳，选择两外直肌后徙；如集合

近点较远，选择外直肌后徙与内直肌缩短术。

三、麻痹性斜视

【诊断要点】

（一）眼位偏斜：患眼向麻痹肌正常作用的相反方向偏斜。

（二）眼球运动受限。

（三）第 2 斜视角大于第 1 斜视角。

（四）分析复视：

1. 确定是水平位还是垂直位复视。

2. 若为水平位复视，应进一步确定为交叉复视还是同侧复视。交叉复视为外斜，同侧复视为内斜。

3. 若为垂直性复视，则像高者眼位低，像低者眼位高。

4. 确定复视最大的方向，远端的像属麻痹眼。

5. 代偿头位分析。

6. 帕克斯三步法：适用于病程长久已形成麻痹肌转归，即出现：①对侧眼配偶肌功能过强；②同侧眼直接拮抗肌挛缩；③对侧眼配偶肌的直接拮抗肌有抑制性麻痹的病例。用于鉴别直肌或斜肌造成的垂直性麻痹。

第 1 步：确定原位时何眼有上斜视。

第 2 步：确定上斜视在眼球内转时或外转时加大。眼球内转时加大属斜肌，外转时加大属直肌。

第 3 步：确定上斜视是在头倾向右肩时还是在倾向左肩时加大。头倾向高位眼侧时上斜加大为斜眼麻痹；头倾向低位眼侧时上斜加大为直肌麻痹。

【治疗】

（一）病因治疗。

（二）非手术治疗：

1. 小于 10△的病例，可试戴棱镜矫正。

2. 为解除复视、恶心、眩晕，可遮盖一眼。

3. 维生素 B_1、维生素 B_{12}、肌苷、ATP、辅酶 A 的应用。

4. 针刺及理疗。

（三）手术治疗：取决于麻痹性斜视是否影响双眼单视功能。在实用性注视范围内有复视者或有代偿头位影响美观者才考虑手术。

1. 手术时机：必须在病因明确、诊断肯定、保守治疗无效、病情稳定半年后才考虑。

2. 手术原则：

(1)垂直性直肌麻痹时，以减弱直肌拮抗肌或配偶肌的功能过强为主。

(2)下斜肌麻痹时，可减弱其配偶肌、截除健眼的间接拮抗肌(即健眼下直肌)。

(3)上斜肌麻痹时，可减弱同侧下斜肌，必要时再后徙配偶肌(即健眼下直肌)。

(4)双上转或双下转麻痹时，后徙直接拮抗肌，并用直接连接法加强麻痹肌的效果。

弱　　视

眼球无器质性病变而矫正视力仍达不到正常者称为弱视。

【分类】

(一)斜视性弱视：由长年斜视导致，为了克服斜视所造成的视觉紊乱，视皮质中枢就抑制由斜视眼传入的视觉冲动，日久斜视眼就形成了弱视。

(二)屈光不正性弱视：高度屈光不正的患者未配戴过矫正眼镜者常发生弱视，但由于双眼视力相似，故不引起黄斑功能抑制，预后良好，配戴矫正眼镜后，视力可逐渐提高。

(三)屈光参差性弱视：由于视皮质中枢不能将两眼清晰度或大小差别悬殊的物像融合，只能抑制屈光不正较大的一眼，日久造成该眼弱视。这类弱视属功能性，预后较好。

(四)形觉剥夺性弱视：在婴幼儿视觉尚未发育成熟时，若因先天性白内障、角膜浑浊、上睑下垂等原因遮挡了瞳孔，使黄斑不能得到足够的光刺激而未能充分参与视觉发育过程所造成的弱视，这种弱视力极度低下，预后也差。

(五)先天性弱视：可能在出生时，黄斑区或视路有小的出血，从而影响了视功能的正常发育，但眼底检查无明显异常，有些病例继发眼球震颤，预后也差。

【治疗】

弱视眼有中心注视和旁中心注视2类

(一)中心注视性弱视：

1. 遮盖法：遮盖健眼，强迫用弱视眼注视并配合精细的家庭作业(如缝线、穿针)等。双眼每周查1次视力，防止引起遮盖性弱视。

2. 压抑疗法：适用于年龄较大儿童，弱视眼视力低于0.1、以及不能坚持遮盖或对遮盖疗法失败者，原理为利用镜片或睫状肌麻痹剂，抑制健眼看远或看近，使其低于矫正后弱视眼视力，而促进弱视眼的功能。

3. 视觉刺激疗法：治疗时遮盖健眼，用弱视眼在1个黑白条栅的转盘上做画图游戏，每次7min，每天1～2次。

(二)旁中心注视性弱视：目的使旁中心注视改为中心注视。

1. 后像疗法：适用于年龄较大，视力较差经其他疗法无效的旁中心注视眼。方法为平时遮盖弱视眼，治疗时遮盖健眼。将后像镜中的黑点对准黄斑中心凹，用强光炫耀弱视眼30～60s。然后令患者在闪烁灯光下用弱视眼注视某一视标。最好每天炫耀几次，待转变为中心注视后则改用常规遮盖法继续治疗。

2. 红色滤光胶片疗法：适用于游走性和远离中心凹的旁中心注视眼。方法为遮盖健眼，在弱视镜前加一块红色滤光胶片，迫使弱视自发改用黄斑中心凹注视。待转变为中心注视后，改用常规遮盖法继续治疗。

第九章　耳鼻咽喉科

第一节　耳鼻咽喉的检查法

检查前的准备

（一）受检者位置：受检者与医生对面直坐，躯干微向前倾，两膝并拢，并稍偏向一方，医生上身和头部则正对受检者。此种位置适用于鼻部、咽部和喉部检查。检查耳部时受检者则须侧坐。

若患者为不合作的儿童和婴儿，则应请其家属或助手坐于检查椅上将患儿搂抱怀中，一手绕过患儿胸前并按住其两臂；另一手按住患儿头部而固定于胸部或右肩前方，并以两膝将患儿两腿夹住。此种位置适用于鼻部和咽部检查，如检查耳部，则须将患儿侧抱于怀中。检查时应先检查耳部、鼻部，最后检查咽部。

（二）光源选择：任何光源均可利用，如日光、手电筒、电灯等，其中以电灯最佳，亮度以 60～100W 光为宜。光源放于受检者右后方，稍高于头。

（三）额镜使用：额镜为一可聚光的正面圆镜，中央有一孔，镜的焦距为20～30mm。认清额镜之倒正后，将额镜固定于头上，使镜孔贴近右（左）眼前，调整镜面，眼经镜孔视物，使光线集中于受检部位。

鼻部检查法

（一）外鼻检查法：观察鼻梁、鼻翼有无畸形、疖肿、溃疡。各鼻窦区有无压痛。

（二）鼻腔检查：

1．鼻前庭检查：头稍后仰，以拇指将鼻尖抬起，检查鼻毛与皮肤（有

无结痂、皲裂、糜烂、红肿等)。

2. 前鼻镜检查:检查者与患者面对而坐,左手握持鼻镜,镜叶合拢,手掌向内,拇指放于中轴,借食指固定于鼻背,将鼻镜徐徐伸入前庭部,深度不超过鼻阈,轻开镜叶以观察鼻腔各部。抽出鼻镜时,勿将镜叶完全闭合,以防夹鼻毛。

3. 鼻镜检查顺序:

(1)让受检者正视前方,头稍低,观察鼻腔底部,外侧的下鼻甲和与其相对鼻中隔。

(2)让受检者头后仰30°并使鼻镜的两翼稍向上方,观察鼻中隔中部、下鼻甲上方、中鼻甲、中鼻道及中鼻甲与中隔之间的嗅裂。

(3)让受检者头后仰60°时,可看到鼻腔顶部、中鼻甲前端。

应注意检查鼻腔粘膜色泽、鼻甲大小、分泌物(性质、量、部位)、鼻中隔(偏曲、嵴、棘)、新生物等。

(三)后鼻镜检查:患者直坐,头微向前,张口用鼻呼吸,检查者左手持压舌板,轻压舌前2/3。右手持烤温的后鼻镜,镜面向上送入软腭与咽后壁之间。依次观察后鼻孔之鼻中隔后缘、鼻甲及鼻道后端、咽鼓管开口、咽隐窝及鼻咽顶部。注意有无粘膜充血、分泌物、结痂、破溃及新生物等。

咽部检查法

(一)口咽检查:患者张口,右手持压舌板轻压舌前2/3,嘱患者发"啊——"音,软腭上提,使舌背低落,即可观察口咽部。

1. 咽部粘膜有无充血、溃疡、伪膜、异物、紫斑、肿胀等。

2. 扁桃体大小、颜色,有无分泌物、溃疡、肿瘤及腭弓情况。

3. 咽后壁淋巴滤泡及咽侧淋巴索有无增生、萎缩、肿胀等。

4. 软腭运动情况,两侧是否对称。

(二)鼻咽检查:见后鼻镜检查。必要时用光导纤维鼻咽镜检查。

(三)喉咽检查:参见喉部检查法。

喉部检查法

(一)间接喉镜检查:患者端坐头稍前倾,张口伸舌自然呼吸,以纱布裹舌前部并夹持于左拇、中指之间,轻轻向前平拉。右手持烤温之喉镜送

入悬雍垂前下并略向后上推，镜面向下与水平面呈45°，嘱发"依——"音，观察喉咽部与喉部结构：如会厌、舌会厌溪、杓状软骨、梨状窝、声带等。

（二）直接喉镜检查：直接喉镜常用于喉部手术和异物取出。

（三）光导纤维喉镜检查：方法简便，患者痛苦少。颈部畸形、张口困难、体弱危重者亦可应用。患者坐位或卧位，鼻、咽、喉部表面麻醉（小儿全麻）。经口或鼻腔导入纤维后，可清晰观察鼻咽、喉咽、喉及声门下区各部情况。

耳部检查法

（一）外耳检查：观察两侧耳廓是否对称，有无畸形、肿胀，耳屏有无压痛。乳突有无红肿、瘘管、瘢痕和压痛。

（二）耳镜检查：以拇、食指持耳廓向后上方牵拉，另一手之拇、食指持耳镜旋转放入耳道外1/3，以检查外耳道及鼓膜。

1. 外耳道有无红肿、狭窄、分泌物（性质、颜色、气味、量）、耵聍栓塞、异物、肉芽、外耳道骨部后上壁有无塌陷、瘘管等。

2. 鼓膜色泽、标志，有无内陷、钙化斑、瘢痕、穿孔（部位、大小）、中耳腔内有无肉芽、胆脂瘤样物等。

咽鼓管功能检查法

检查前需排净鼻腔分泌物，再行通气检查，同时用耳听诊管听诊，感冒时禁忌。

（一）捏鼻鼓气法：将鼻翼捏紧，闭口用力向外鼓气，如咽鼓管通畅，则受检查者即感耳内有响声。

（二）咽水通气法：令患者口内含水，将鼓气球之接头阻塞一侧鼻孔，同时捏住另一侧鼻孔，嘱患者咽水的同时，捏球打气，此时患者感到有响声，说明咽鼓管通畅。

（三）导管通气法：用1%地卡因喷鼻麻醉3～5min，将咽鼓管导管前端向下经鼻腔沿鼻底放入达鼻咽后壁时，并自下向上外侧转90°，然后再向前拉，使导管越过隆突而滑入咽鼓管咽口处。固定导管，压迫连接于导管外端的气球进行通气，同时以耳听诊管检查咽鼓管通畅与否。凡有急性鼻炎、鼻咽炎、鼻腔内有脓性分泌物、鼻咽肿瘤等者禁用。

第二节　耳鼻咽喉科诊疗方法

上颌窦穿刺冲洗法

【适应证】

(一)诊断性穿刺：

1．了解窦腔内有无积脓及其量与性质。

2．测量窦腔容量。

3．体验窦腔内有无实体感。

4．了解窦壁有无骨质破坏。

5．自然开口引流程度或阻塞。

6．经穿刺法进行活检或冲洗液检查肿瘤细胞。

(二)治疗性穿刺：治疗急、慢性上颌窦炎，排除脓液，注入药物。

【操作方法】

(一)患者端坐治疗椅内，以1%丁卡因棉片或棉签置于下鼻道前中部的外上方进行表面麻醉。

(二)术者左手固定患者头部，右手拇、食指持针，针柄固定于掌心中，将针尖置于下鼻道距下鼻甲前端约1.5cm处，针尖指向同侧外眦，向后、外、上方成45°刺入，刺入窦腔时有落空感。

(三)患者低头，张口，接导管回抽，无阻力时开始慢慢冲洗；若有阻力，应将针稍外拔或内推；若仍有阻力则停止冲洗。

(四)观察记录冲出物之性质、量、色、臭味、溶于水否。

(五)操作完毕，以棉片压迫下鼻道止血，约半小时后自行取出。

【注意事项】

(一)穿刺部位及方向必须准确，手持穿刺针必须把持稳固，不能滑动。

(二)旋转进针时不应用力过猛，以免突然进入而损伤窦腔外侧壁。最好于上唇部以左手拇、食脂捏持针柄作为支点以预防。

(三)刺入窦腔后勿先注入空气，冲洗时不可用力过猛，以防发生气

栓。

(四)操作中随时观察患者面容、表情,若发现面色苍白、闷气、气短、心慌时,应立即取出麻醉棉片停止操作,采取适当措施。

(五)若出现面颊或眼睑皮下气肿、水肿,可能系刺入面颊或眼眶所致,应立即停止操作,给予抗生素药物以防感染。

鼻孔填塞法

适用于治疗鼻出血或行鼻腔、鼻窦手术后填塞。根据出血部位,分为前鼻孔填塞法和后鼻孔填塞法。

一、前鼻孔填塞法

【适应证】

鼻腔出血,若用简单方法(如指压、血管收缩剂、冷敷)不能奏效时,则须行前鼻孔填塞法止血。

【方法与步骤】

(一)常用填塞物有明胶海绵、淀粉海绵、凡士林纱条、碘仿纱条与气囊等。

(二)鼻腔粘膜麻醉后,用凡士林或碘仿纱条自上而下或由后向前反复重叠填塞于鼻腔内,保持一定压力。填塞完毕,用胶布封闭前鼻孔,防纱条脱出。操作宜轻巧准确。用气囊止血时,先将其置于出血侧鼻腔,然后充气止血。

(三)填塞物宜于24~48h取出,碘仿纱条具有防腐作用,可适当延长时间。

二、后鼻孔填塞法

【适应证】

(一)前鼻孔填塞止血未奏效者。

(二)为预防某些鼻腔、鼻窦或鼻咽腔手术后出血,可行后鼻孔填塞。

【操作方法】

(一)用凡士林纱布做成略大于后鼻孔大小的锥形纱球,纱球两端各系粗线2根,消毒备用。填塞时先用1根导尿管由出血侧的下鼻道放至咽部,再用止血钳自口咽部抽出口外。

(二)将锥形纱球尖端的双线紧系于导尿管之口外端,由鼻腔拉出导

尿管借止血钳或食指将纱球送至鼻咽部填塞后鼻孔。

(三)取出导尿管,拉紧粗丝线,再行前鼻孔填塞。

(四)最后将前鼻孔之丝线打结固定于一小段橡皮管或纱布卷上。口咽部的丝线于软腭平面稍下方剪断以备牵出纱球之用。24～48h 后取出或更换纱球。

(五)后鼻孔填塞后须用抗生素,以防感染。

下鼻甲注射法

【适应证】

选用不同药物,注入下鼻甲粘膜下,以治疗不同种类的鼻炎。

【操作方法】

(一)以 1% 丁卡因棉片贴于下鼻甲行表面麻醉。

(二)用细长针沿下鼻甲刺入粘膜下,注射后以棉片压迫止血。

(三)注射硬化剂时,注射针平行向后至下甲后部,且勿刺破粘膜以防漏药,边退边注射硬化剂。

(四)常用药物:

1. 硬化剂:可选用高渗葡萄糖盐水(50% 葡萄糖 + 15% 氯化钠)、5% 鱼肝油酸钠、80% 甘油或 20% 磺胺嘧啶等。适用于肥厚性鼻炎及较重的单纯性鼻炎。

2. 胎盘组织液:适用于萎缩性鼻炎。

3. 0.5% 普鲁卡因:适用于过敏性鼻炎与单纯性鼻炎。

4. 康宁克通 A(去炎松缩酮):适用于过敏性鼻炎。

5. 每次每侧可注射硬化剂 0.5～1.0ml。两侧可同时进行,也可交替进行。每周 1 次,5 次为 1 疗程。

鼻窦置换疗法

【适应证】

治疗慢性、亚急性额窦炎,筛窦炎及多鼻窦炎。

【操作方法】

(一)向患者说明治疗方法与步骤,取得合作。

(二)患者取垂头仰卧位,先在一侧鼻腔滴入 1% 麻黄素液 3～5ml 以

淹没窦口，患者张口呼吸 2～3min。

（三）开吸引器：将橄榄头塞紧一侧鼻孔，用手捏紧另一鼻孔，嘱患者连续发“开、开、开”之音，使软腭上提封闭鼻咽与口咽的通道。鼻腔点抗生素药 1～2ml，利用负压将窦内空气与脓液吸出的同时，药液亦随着窦腔压力减低而流入窦腔。双侧可交替进行，每次 5～6 回。

（四）根据病情，每日治疗 1 次，5 次为 1 疗程。

超声雾化吸入法

利用超声雾化器发生的超声波声能，作用于雾化罐内的药物，破坏药液表面张力和惯性，使其形成 4～5um 的气雾微粒，悬溶于吸入的气体中，随呼吸过程经过导管吸入到呼吸道内，以达到药物的直接治疗作用。

【适应证】

治疗上呼吸道急、慢性炎症，如急性咽炎、喉炎、咽峡炎、气管炎、慢性咽喉炎等。

【常用药物】

（一）抗生素：庆大霉素 8 万 u/次，洁霉素 100～200mg/次，新霉素 50～100mg/次。

（二）祛痰剂：生理盐水 10ml/次，4% 碳酸氢钠 3ml/次，α 糜蛋白酶 5mg/次。

（三）肾上腺皮质激素：地塞米松 5mg/次。

【操作方法】

（一）将药杯盛上所需药液，并放进水槽中，旋紧药杯盖。

（二）连接送风管道、出雾管道，配上塑料喷嘴。

（三）打开预热开关，预热 1min，再开工作开关，见水槽中应有水柱和起雾。

（四）患者俯首吸其药气，以鼻孔呼出气体，一吸一呼，以平时呼吸节律为准，每次治疗 15～20min，1～2 次/d。7～10 次为 1 疗程。

第三节　鼻部常见疾病

鼻骨骨折

因颜面部受外界力的作用所致，以鼻骨骨折为常见。为单纯骨折或为复杂骨折。

【诊断要点】

（一）有外伤史。

（二）常有鼻塞、疼痛及鼻出血。

（三）检查鼻部软组织肿胀、破裂和瘀血，如属移位性骨折，则鼻梁偏斜、塌陷，两侧不对称。触之有压痛，有骨摩擦音。

（四）鼻骨侧位X线拍片，可显示骨折征象。

【治疗】

（一）止血、止痛、预防感染。开放性骨折应清创缝合，并应用破伤风抗毒素1 500u肌注，用前应做过敏试验。

（二）非错位性骨折勿须复位处理。

（三）错位性骨折应尽早复位，以免日后错位愈合。鼻面部肿胀严重者，可待消肿后再复位，不宜超过2周。

（四）当骨折复位后，可用凡士林纱条或碘仿纱条对两侧鼻腔行支撑性填塞，隔2～3d取出填塞物，用碘仿纱条可延长时间取出。若粉碎性鼻骨骨折，在鼻外可加用金属夹板作固定。

（五）必要时全身应用抗生素及磺胺等药物，预防或控制感染。首选青霉素40万～80万u，3次/d，肌注；复方新诺明1g，2次/d；氟哌酸胶囊0.2g，3次/d，口服。

鼻腔异物

外界物质进入鼻腔，称为鼻腔异物。多见于儿童。

【诊断要点】

（一）多发生于儿童。

（二）询问异物史，认真了解异物的特点。

（三）一侧性鼻塞、流血性涕或臭脓涕者，特别是儿童，应考虑到鼻腔异物。

（四）检查鼻腔可见异物，有时则被肿胀粘膜、分泌物或肉芽所遮盖而看不到异物。

（五）必要时或异物较大可做X线检查。

【治疗】

（一）诊断明确者，尽早取出异物，防止异物进入喉部及气管。

（二）鼻腔异物以儿童多见，对小儿患者应将其全身固定，勿使挣扎乱动，以便于取出。对于极不合作者，也可采用全麻下取出异物。但应取平卧头低位，以防异物落于咽喉或气管内。

（三）对扁平异物可用鼻镊取出，对圆形光滑的异物，切忌用鼻镊或血管钳等钳子夹取，以免将异物推入深处或落入咽喉及气管内。

（四）取鼻腔异物，一般可用异物钩、小圆形刮匙或用回形针拉直，以小回一端制成勾状，从上方超越异物，然后由后向前将其拉出。

（五）对有生命的动物异物，可用乙醚或氯仿棉球塞入前鼻孔，将其麻醉后取出。

（六）对于少数嵌顿过紧的异物，也可行鼻侧切开术。

（七）异物取出后可给复方麻黄素及5%弱蛋白银液交替滴鼻，可防止粘连。若鼻部已伴炎症感染，宜采用局部清洁及抗生素治疗。

鼻　疖

鼻疖是指鼻前庭毛囊、皮脂腺或汗腺的局限性急性化脓性炎症，由于挖鼻、拔鼻毛使鼻前庭皮肤损伤；或全身慢性病所致机体抵抗力降低，易受葡萄球菌感染而发生疖肿。

【诊断要点】

（一）是化脓菌侵入前庭及其周围的毛囊或皮脂腺所引起的急性炎症。致病菌以金黄色葡萄球菌最常见。

（二）常有挖鼻、拔鼻毛或鼻前庭炎病史。

（三）鼻前庭部红肿、剧痛，重者伴发热，白血球升高，触痛明显，有疖肿形成。严重者可引起面颊蜂窝组织炎，若用手挤压或处理不当，可引起

海绵窦炎等严重颅内并发症，而有畏寒、发热、头痛等症状。

（四）有反复发作者，应查尿糖、血糖，了解有无糖尿病。

【治疗】

（一）治疗原则：整个治疗过程应严禁挤压，促使疖肿局限成熟，若自行溃破排脓，并应用抗生素，预防并发症。

（二）疖肿未成熟者，局部热敷或物理疗法。局部可涂10%鱼石脂软膏或虎杖膏，1次/d换药，同时使用抗生素药物或止痛药物。

（三）疖肿形成后可轻揭痂皮，以刀尖挑破脓头，取出脓栓，局部应用抗生素。

（四）如伴有海绵窦血栓性静脉炎，要住院抗炎治疗，可静脉注射大量的广谱抗生素及配合激素治疗。

【预防】

开展卫生宣教，避免挖鼻等不良习惯。

鼻前庭炎

鼻前庭炎是指鼻前庭皮肤的弥漫性炎症。

【诊断要点】

（一）鼻前庭部皮肤炎症，常两侧同时发生。多因鼻内分泌物刺激所引起。

（二）鼻前庭部发干、发痒、灼热、头痛，可伴出血，继发感染时症状加重。

（三）鼻前庭皮肤红肿，常有浅表糜烂、皲裂、鼻毛脱落，覆有干痂。重者堵塞前鼻孔影响呼吸，并可侵及鼻翼及上唇部。

【治疗】

（一）急性鼻前庭炎者，局部热敷或用红外线治疗，涂红霉素、金霉素或新霉素软膏，促进炎症消退。

（二）慢性炎症者，可用3%双氧水擦洗，清除干痂。

（三）皮肤糜烂和皲裂处涂5%～10%硝酸银溶液，并敷以鼻软膏或5%白降汞软膏或其他抗生素软膏。

【预防】

做好卫生宣传工作，积极治疗鼻窦疾病，彻底清除刺激性分泌物，避

免自行挖鼻，以防本病发生。

急性鼻炎

急性鼻炎俗称“伤风”或“感冒”，是指鼻粘膜的急性炎症，为一常见之鼻病，多发于四季气候变换之际。

【诊断要点】

（一）发病前常有受凉、疲劳、烟酒过度及抵抗力降低等诱因。对小儿患者应注意是否急性传染病的先驱症状。

（二）自觉轻度发热、鼻塞、喷嚏、流泪、鼻涕多（初为清水，继为粘液，最后呈脓样），嗅觉减退、头胀痛。

（三）鼻粘膜潮红充血、肿胀。

（四）若经5～10d仍不痊愈，应考虑鼻窦、中耳、咽、喉等并发病。特别应注意检查有无鼻窦炎。

（五）应与变态反应性鼻炎相鉴别。

【治疗】

（一）原则上采用增强全身抵抗力，恢复鼻部功能，防止并发病的发生和预防传染给他人等措施。

（二）全身治疗：适当休息，禁烟酒、多饮水、进高热量饮食，保持室内空气新鲜，复方阿斯匹林0.5～1.0g，3次/d；速效感冒胶囊2丸，3次/d；感冒通片2片，3次/d，口服。

（三）局部治疗：复方麻黄素液，3次/d，点鼻，保持鼻腔及鼻窦通气引流。

（四）若急性期已过，自觉症状者未好转甚至加重，并出现鼻窦炎体征者，可行上颌窦穿刺冲洗或鼻窦X线照片，以助诊断。

（五）中医治疗：

1．外感风寒：多见于冬季，鼻粘膜肿胀，鼻塞较重，喷嚏，涕多而清稀，说话鼻音重，头痛，恶寒重，发热轻，无汗，口不渴，舌苔薄白，脉浮数。治法：辛温解表，疏散风寒。方药：荆防败毒散加减。

2．外感风热：多见于春夏秋季，鼻粘膜红肿较明显，鼻塞而有热感，喷嚏，涕少而黄稠，头痛，发热重，恶寒轻，口渴欲饮，出汗；或见咽部敏红作痛，咳嗽，小便黄，舌苔白或微黄，脉浮数。治法：辛凉解表，宣肺清热。

方药:银翘散。

(六)针灸治疗:体针:迎香、印堂、太阳、合谷、风池、曲池、足三里。每次选2～3穴。强刺激。

(七)单验方:

1. 葱白5条、淡豆豉9g、辛夷6g,1剂/d,水煎服。

2. 桑叶6g、菊花6g、杏仁10g、桑白皮10g,1剂/d,水煎服。

慢性鼻炎

慢性鼻炎是以鼻塞为主要症状的鼻粘膜的慢性炎症。可分为慢性单纯性鼻炎、慢性肥厚性鼻炎。

【诊断要点】

(一)常有急性鼻炎屡次发作史或治疗不彻底引起。

(二)单纯性:呈间歇性、交替性鼻塞,粘性分泌物,量多或伴少许脓痰。下鼻甲粘膜充血肥大,用血管收缩剂反应敏感,触之柔软,弹性好。

(三)肥厚性:多由慢性单纯性鼻炎发展所致,鼻塞较重,多为持续性,分泌物粘稠,下鼻甲肥大,表面不平呈暗红色,对血管收缩剂不敏感,触之弹性差。

【治疗】

(一)单纯性:

1.1%麻黄素、呋喃西林麻黄素液或抗生素液滴鼻。

2. 长期滴药无效,可用冷冻疗法、下鼻甲封闭或应用硬化剂。

(二)肥厚性:

1. 复方麻黄素液滴鼻。

2. 用血管硬化剂(如80%甘油、5%鱼肝油酸钠、20%磺胺嘧啶、50%葡萄糖液等)施下鼻甲粘膜下注射,每5～7d 1次,每次0.5～1ml,5～7次为1疗程。

3. 电凝固术、铬酸烧灼术、冷冻或激光疗法。

4. 下鼻甲明显肥大不能收缩,经上述治疗无效者,可行下鼻甲或中鼻甲部分切除术,以得鼻及鼻窦之通气与引流。

萎缩性鼻炎

萎缩性鼻炎是一种慢性鼻腔疾病，该病特征为鼻粘膜萎缩，伴嗅觉障碍。重者鼻甲骨膜及骨质也发生萎缩，鼻腔宽大，内有脓性分泌物，有臭味，称为"臭鼻症"。

【诊断要点】

(一)其特征是鼻粘膜、骨膜及骨部萎缩，鼻内有脓痂形成，若有鼻臭者称臭鼻症。

(二)原发性者原因不明，可能与营养不良、维生素缺乏、内分泌功能紊乱、神经功能障碍等全身因素有关。继发者多继发鼻窦疾病或因鼻甲手术时去除组织过多引起。

(三)常有头痛、鼻出血、嗅觉明显减退或缺乏，重者鼻塞明显，并伴有干燥或萎缩性咽炎等症状。

(四)检查：鼻粘膜及鼻甲萎缩，鼻腔变宽、有黄绿脓痂附着，重者鼻外形呈鞍鼻或鼻梁扁平，鼻前孔扁圆，鼻翼跷起。

(五)病情轻者应与生理性小鼻甲及早期鼻硬结症相鉴别。

【治疗】

(一)局部治疗：

1. 用呋喃西林液生理盐水冲洗鼻腔，可清除脓痂及臭味。

2. 应用复方薄荷油、1%薄荷液体石蜡、鱼肝油或0.5%～1%链霉素液滴鼻，3次/d，以减轻干燥或结痂。

3. 鼻内涂药或喷药：常用1%新斯的明、0.5%雌激素、50%葡萄糖液。扩张粘膜血管，促进腺体分泌，减少痂皮及臭味。

(二)全身治疗：

1. 维生素A 5万～10万u/d，肌注；鱼肝油丸每次2粒，3次/d；维生素B_2 10～15mg，3次/d；维生素C 200mg，3次/d，口服。

2. 培他啶8～16mg，3次/d；或烟酸50～100mg，3次/d，口服。

(三)手术治疗：

1. 下鼻甲骨膜下或鼻底埋藏术(自体骨、硅胶片等)。

2. 前鼻孔缩窄术或前鼻孔闭锁术。

3. 鼻腔外侧壁内移加固定术，以缩小鼻腔。

(四)中医治疗：

1. 阴虚燥热：鼻窍干燥灼热，鼻塞作痒，嗅觉减退，伴口干咽燥，干咳痰少，舌尖红、苔薄白，脉细。治法：养阴润肺清热。方药：养阴清肺汤加野菊花。鼻带血者加茅根、侧柏叶；肠燥便秘者加火麻仁、郁李仁；小便短少黄者加竹叶、木通。

2. 肺肾阴虚：鼻窍干燥而痒，鼻塞，嗅觉减退，伴耳鸣，听力下降，失眠健忘，咽喉干燥，干咳无痰，五心烦热，舌红、苔少，脉细数。治法：滋肾养阴润燥。方药：一贯煎加首乌、黑芝麻。擤鼻带血者加茜草、藕节、小蓟；头痛头昏者加冬虫夏草、女贞子。

3. 肺脾气虚：鼻内干燥，嗅觉减退，头昏沉，神疲无力，舌淡、苔白，脉濡细。治法：健脾益肺，佐以通络。方药：参苓白术散加赤芍、红花、防风、白芷。

3. 血脉瘀阻：鼻内干燥，鼻塞，擤鼻带血，嗅觉失灵，伴前额、颞侧或枕部疼痛，口干咽燥，舌尖边有瘀点，脉弦涩。治法：活血通络。方药：通窍活血汤去大枣，加地龙、辛夷、桑白皮。咳嗽痰少者加马兜铃、前胡；咽干痛者加射干、马勃；头痛者加蔓本、蔓荆子。

4. 湿热蕴蒸：鼻内干燥而痛，持续鼻塞，擤鼻带血，呼气有恶臭，伴头昏而沉，口干渴脘腹痞闷，舌红、苔黄腻，脉弦滑。治法：清热利湿，佐以通络。方药：龙胆泻肝汤加桃仁、红花、鱼腥草、白花蛇舌草。

(五)针灸治疗：

1. 体针：取迎香、曲池、足三里、手三里穴，每次选4～5穴，针刺补泻并施，留针20min，1次/d。

2. 耳针：取内鼻、内分泌、三角窝区、腰椎区，寻找敏感点，针刺，留针15min，1次/d。

3. 敷贴法：

(1)肉苁蓉30g，黄芪30g，川芎、桂枝、当归、淫羊藿各15g，水煎2次，浓缩成膏，加石蜡油500ml混合，涂鼻腔。适用于肺脾气虚型。

(2)对于阴虚型，可取野菊花10g、蜂蜜60g，隔水蒸1～2h，取出菊花，当温度降至35℃左右，加入冰片1g，调匀涂鼻腔。

(七)单验方：对于阴虚型鼻炎，可选用沙参、麦冬、天花粉各20g，桔梗10g，乌梅30g，茯苓12g，红花8g，水煎服。或者取当归、虫草、贝母、肉

苁蓉各 6g，天冬、麦冬、玉竹、沙参、黄精、生地各 10g，芝麻 20g，水煎服。

过敏性鼻炎

过敏性鼻炎又称变应性鼻炎，是发生在鼻粘膜的过敏性疾病，临床上分常年性和季节性鼻炎 2 型。

【诊断要点】

（一）详询病史，查找有关发病因素，常有其他过敏病史。

（二）突然发作，突然消失，发作时呈持续性鼻塞，阵发性鼻痒、打喷嚏，大量清水涕。重者头昏、头胀。

（三）鼻粘膜呈苍白色、水肿或有息肉。下鼻甲肿大，有水样分泌物。

（四）鼻分泌物涂片镜检，有大量嗜酸性细胞。鼻腔分泌物及血清 IgE 升高。

【治疗】

（一）避免与过敏原接触，针对可能引起之病因，加以避免。

（二）药物治疗：

1．1% 麻黄素液、复方麻黄素液，3 次/d，滴鼻。

2．抗组织胺疗法：非那根 25mg、苯海拉明 25mg、安其敏 25mg、赛庚啶 2mg、扑尔敏 4mg，3 次/d，口服。

3．色甘酸钠：粉末喷鼻，每次 20mg，4 次/d。

4．酮替芬 1mg，1～2 次/d，口服。

5．葡萄糖酸钙或乳酸钙 0.5g，3 次/d；泛酸钙 20mg，3 次/d；维生素 C 200mg，3 次/d，口服。

6．类固醇激素：强的松 5mg，3 次/d；地塞米松 0.75mg，3 次/d，口服。

7．大佛水，喷鼻。

（三）免疫疗法：又称脱敏或减敏疗法。用相应过敏原浸液，以极低浓度开始少量皮下注射，逐渐增加浓度和剂量。经数日治疗后可改为维持量。

（四）其他疗法：

1．双下鼻甲封闭：0.5%～1% 利多卡因 1ml，每日或隔日 1 次，5～10 次为 1 疗程。

2．鼻丘粘膜封闭（用量用法同上）。

3. 对下鼻甲粘膜冷冻、激光，每周1次，3～5次为1疗程。20%硝酸银或铬酸烧灼等。

4. 手术：切断翼管神经或岩浅大神经。

(五)中医治疗：肺气虚寒，寒邪凝聚；突发或阵发鼻咽痒，连续喷嚏，鼻塞，大量流清涕，可伴有头痛，耳鸣，听力减退，流泪畏光，苔薄白，脉细缓或滑。治法：温肺散寒，疏解利湿。方药：桂枝汤加茯苓、泽泻、薏苡仁。

(六)针灸治疗：

1. 体针：迎香、印堂、合谷、列缺、曲池。1次/d。

2. 灸法：取迎香穴，用艾条悬灸，每侧灸15min，1～2次/d。

(七)单验方：

1. 鹅不食草(鲜)榨汁，用棉花蘸药塞入鼻腔内或滴鼻。

2. 鹅不食草30g，辛夷花115g，用水蒸汽蒸馏提取芳香液，加蒸馏水至100ml。每日滴鼻2～3次，每次滴1～2滴。

鼻息肉

鼻息肉是成人常见疾病，形状虽像肿瘤，但并非新生物。其发生主要与炎性刺激有关，特别是变态反应的炎症刺激。鼻腔和鼻窦粘膜发生极度充血和水肿，液体在粘膜下聚积，使组织间隙扩张，由于重力作用下垂后形成的赘生物。可为单发性或多发性。亦可为一侧或两侧，多数为多发性及双侧性。

【诊断要点】

(一)渐进性鼻塞、鼻音、鼻涕多，嗅觉障碍，其程度因息肉大小、多少和部位而定。

(二)鼻息肉多时外鼻肿胀变形或呈蛙形鼻。

(三)鼻息肉为表面光滑，质软，活动，灰白或淡红色，半透明，一个或数个而不易出血的新生物。

(四)老年患者鼻息肉触之易出血者应做活检。

【治疗】

(一)去除病因：如治疗过敏性鼻炎、慢性鼻炎或鼻窦炎等。

(二)手术治疗：行鼻息肉摘除术。

(三)病情复杂者须同时做鼻窦手术。

鼻中隔偏曲

凡是鼻中隔向一侧或两侧偏曲或局部有突起，引起鼻腔的功能障碍或产生症状时，则称为鼻中隔偏曲。偏曲一般呈“C”形或“S”形。部分呈尖锐突起或长条状隆起者称棘突或嵴突。如未引起功能障碍者，为生理性偏曲。

【诊断要点】

(一)注意发病原因，如外伤史、鼻病史等。

(二)患者一侧鼻塞或两侧交替性鼻塞，有时伴有鼻衄或反射性头痛等症状。

(三)鼻梁是否歪曲，鼻腔检查可见鼻中隔偏曲或有嵴或棘。

(四)收缩鼻粘膜，区别鼻中隔粘膜肥厚与鼻中隔肿瘤。

【治疗】

(一)复方麻黄素液，3 次/d，滴鼻；或做嵴(棘)铲除术。

(二)鼻中隔粘膜骨膜下切除术适应证有如下几种：

1. 妨碍鼻腔呼吸及鼻窦引流者。

2. 有反射性头痛和经常鼻出血者。

3. 妨碍鼻腔内手术者。

(三)鼻中隔改建术：手术原则有 2 点：

1. 矫正畸形，使鼻中隔变正直。

2. 保持软骨支架作用，使鼻的呼吸功能恢复正常。

(四)术后适当应用抗生素，以防感染。

鼻 出 血

鼻出血(鼻衄)是鼻腔疾病的常见症状之一，也可由全身疾病所引起，偶尔有因鼻腔邻近病变出血经鼻腔流出者。鼻出血多为一侧，中隔前下为出血区，亦可为两侧；可间断反复出血，亦可持续出血，出血量多少不一，轻者仅鼻涕中带血，重者引起失血性休克，反复出血则可导致贫血。

【诊断要点】

(一)首先要辨别确定是鼻出血，而不是咯血或呕血。

(二)问清何侧出血，估计出血量。

(二)了解有无出血倾向全身性疾病。

(四)边止血边找出血部位.

【治疗】

(一)首先要安定患者及其家属的紧张心情。

(二)边止血边问病史;或止血后再查病因。

(三)在局部止血前,情况许可下先用3%麻黄素及2%利多卡因喷鼻腔,或将上药浸于棉片上,填入鼻腔,局部麻醉,便于进一步处理出血。立刻检查出血部位,判断出血性质。做到心中有数,以便选择止血方法。

(四)止血方法:

1.指压法止血,对鼻中隔前部出血甚为见效,以拇指及食指捏紧两侧鼻翼根部5~10min,一般少量出血即可制止。

2.血管收缩剂止血:用浸有1%~3%麻黄素棉片,放入出血侧鼻腔内止血,同时寻找出血部位。

3.烧灼止血法:用2%地卡因棉片表面麻醉后,亦可用30%~50%三氯醋酸或50%硝酸银烧灼出血点。

4.局部止血药:种类很多,除肾上腺素、凝血质外,还有中药,如云南白药、三七及马勃等。

5.填塞法:用于出血量较多,出血部位不明确或用上述方法无效者。

(1)前鼻孔填塞法:详见诊疗方法。

(2)后鼻孔填塞法:详见诊疗方法。

(3)用可吸收性物,如淀粉海绵、明胶海绵及纤维蛋白绵等填塞。不但具有止血作用,并可被组织吸收,填塞鼻腔后不必取出,可避免粘膜损伤,对血液病出血较为适宜。

6.血管结扎法:严重出血上述方法无效,根据出血部位而行,上颌动脉结扎术、筛动脉结扎术。

(五)全身治疗:

1.酌情应用止血剂和维生素C、维生素K、6 氨基己酸或抗血纤溶芳酸等药物,适当应用镇静剂。

2.出血过多者,必要时给予输血、输液。

3.查明病因,进行病因治疗。

(六)中医治疗:

1. 肺经蕴热：鼻衄而伴有发热，咳嗽痰少，口干，大便干，小便黄赤，舌质红、苔薄黄，脉浮数。治法：清热宣肺止血。方药：黄芩汤加茅根、小蓟。

2. 胃火炽盛：鼻衄量多，口渴思饮，烦躁，口臭，大便燥结，小便赤红，舌质红、苔黄燥，脉细数。治法：清胃泻火，凉血止血。方药：犀角地黄汤加茅根、侧柏叶。

3. 肝火上逆：鼻血量多，血色深红，不时举发，头痛头晕，口苦咽干，胸胁苦闷，舌质红、苔黄，脉弦数。治法：清肝泻火，凉血止血。方药：龙胆泻肝汤加生石膏、黄连、竹茹。

4. 肝肾阴虚：鼻衄血色淡红，时作时止，口干津少，五心烦热，舌质红或红绛、少津、苔少，脉细数。治法：滋养肝肾，养血止血。方药：知柏地黄丸。

5. 脾不统血：鼻衄渗渗而出，时衄时止，面色无华，神疲懒言，兼见食少纳呆；或大便溏薄，舌质淡，脉弱。治法：健脾益气，养血止血。方药：归脾汤加侧柏叶、地榆、阿胶。

（七）针灸治疗：

1. 体针：取上星、迎香、合谷为主穴。风热者配风池、鱼际；胃火炽盛者加内庭；阴虚火旺者加行间、照海。

2. 耳针：内鼻、肾上腺、神门。1～2 次/d。

3. 指针：大敦、迎香、少商、百会、上星、合谷。用扎法、切法、掐法。

4. 灸法：艾条温灸涌泉穴约 3min。

（八）贴敷：

（1）紫皮蒜 1 枚（去皮），捣如泥，做饼如钱大，厚约 0.5cm。左衄贴左足心，右衄贴右足心。出血止，即以温水洗之。

（2）取涌泉穴。药用吴萸，研细末，用酒或醋调成膏状，贴敷涌泉穴。

（九）单验方：

1. 糯米稻根须，洗净和冰糖适量炖服。

2. 血余炭研面，男发更佳，吹入鼻内。

3. 用药棉浸醋，塞出血鼻孔。

急性化脓性鼻窦炎

急性化脓性鼻窦炎是指鼻窦粘膜的急性化脓性炎症，重者不仅影响鼻窦粘膜，累及骨质，而且还可以引起周围组织和邻近器官的并发症。

【诊断要点】

(一)多继发于急性鼻炎。

(二)鼻塞、流大量脓涕，重者伴发热、周身不适等。

(三)头痛及局部痛：

1．急性上颌窦炎：前额部或颞部痛，晨起轻，午后重，患侧面颊部胀痛或上磨牙痛。

2．急性额窦炎：患侧前额部痛，有明显的时间规律，晨起后开始头痛，逐渐加重，中午最重，午后减轻，至晚间消失。

3．急性筛窦炎：一般较轻，疼痛位于内眦或鼻根部，亦可放射至头顶部或枕部。

4．急性蝶窦炎：疼痛多位于眼球后部，可放射至枕部或顶部。

(四)各鼻窦所在部位有压痛。

(五)鼻镜检查：可见鼻粘膜充血肿胀，中鼻道或嗅裂可见脓性分泌物。

1．急性上颌窦炎：脓液位于中鼻道后部，附于下鼻甲后部及下鼻道。

2．急性额窦炎：中鼻道前上部可见脓性分泌物。

3．急性筛窦炎：脓性分泌物位于嗅裂及中鼻道。

4．急性蝶窦炎：脓性分泌物位于嗅裂。

(六)X线摄片：显示鼻窦浑浊，如有分泌物积存，可见液面。

【治疗】

(一)急性期患者应适当休息，增加营养，多饮水。

(二)血管收缩剂，如复方麻黄素液，3次/d，滴鼻，促进窦口开放，以利引流。

(三)物理疗法：局部热敷，红外线等理疗，改善症状。

(四)应用磺胺类及抗生素类药物，控制感染，预防并发症。一般应用5～10d。

(五)适当时机行上颌窦穿刺冲洗，注药或鼻窦置换疗法参见诊疗方

汰。

(六)中医治疗：

1. 肺经热盛：多见于病初起，邪尚在表，证见发热、恶寒、鼻塞、涕多而稀，头痛，咳嗽痰多，胸闷，舌苔白微黄，脉浮数或弦数。治法：芳香清窍，祛风散热。方药：苍耳子 10g，辛夷 10g，白芷 12g，薄荷 6g(后下)，黄芩 10g，菊花 10g，葛根 10g。如咳嗽痰多加杏仁、桔梗；如头顶痛加蔓本；颞部痛加柴胡。

2. 胆经郁热：鼻涕稠黄而臭，鼻塞重，鼻腔粘膜红较甚，胸胁胀痛，口苦咽干，或有寒热，目眩，耳聋，耳鸣，寐少梦多，急躁，舌质红、苔黄，脉弦数。治法：清胆泻热，行气通窍。方药：龙胆泻肝汤加减。

3. 脾经湿热：鼻塞，多黄稠涕，身重体倦，脘胁胀满，胃纳差，小便黄，舌质红、苔黄腻，脉濡而滑数。治法：清脾泻湿。方药：云苓 12g，猪苓 10g，泽泻 10g，白术 12g，厚朴 10g，陈皮 6g，黄芩 10g，滑石 10g，通草 6g，大腹皮 10g。

(七)针灸治疗：

体针：迎香、鼻通、太阳、头维、印堂、攒竹、阳白、合谷。

(八)单验方：

1. 辛夷 6g、黄芩 9g、生山栀 9g、生石膏 30g、知母 9g、金银花 15g、鱼腥草 15g，1 剂/d，水煎服。

2. 金银花 15g、野菊花 15g、蒲公英 15g、地丁 15g、苍耳子 9g，水煎服，1 剂/d。头痛重加蔓荆子。

慢性化脓性鼻窦炎

慢性化脓性鼻窦炎在鼻部疾病中最常见，常继发于急性化脓性鼻窦炎之后。可单发于某一鼻窦，但常为多发性。

【诊断要点】

(一)流脓涕为主要症状，常伴有鼻塞、嗅觉减退。有时头痛、头昏、胀闷等，记忆力减退。

(二)鼻粘膜慢性充血、肥厚，中鼻甲肥大或息肉样变，中鼻道或嗅裂可见脓性分泌物。鼻窦摄片有助于诊断。

【治疗】

(一)血管收缩剂:复方麻黄素液,3 次/d,滴鼻。使肿胀粘膜收缩,改善鼻腔通气和鼻窦引流。

(二)上颌窦穿刺冲洗注药,见诊疗方法。

(三)鼻窦置换疗法,见诊疗方法。

(四)手术疗法:上颌窦根治术、筛窦手术、中鼻甲部分切除术、鼻息肉摘除术。通过内窥镜下行筛窦清除术。

(五)中医治疗:

1. 肺经风热:涕黄或粘白且量多,从鼻道上方流下,间歇或持续鼻塞,嗅觉减退,鼻内粘膜红肿,眉间或颧部有叩压痛。可兼见发热恶寒,头痛,胸闷,咳嗽痰多,舌质红、苔黄,脉浮数。治法:疏风清热,芳香通窍。方药:苍耳子散加黄芩、菊花、葛根、连翘。

2. 胆腑郁热:鼻涕黄浊粘稠如脓样,量多,从鼻腔上方流下,有臭味,嗅觉差,鼻粘膜肿胀,尤以红赤为甚。头痛剧烈,眉间及颧部叩压痛明显。兼见发热,口苦,咽干,目眩,耳鸣耳聋,寐少梦多,急躁易怒,舌质红、苔黄,脉弦数。治法:清胆泻热,利湿通窍。方药:当归龙荟丸加减。

3. 脾胃湿热:涕黄浊且量多,从鼻腔上方涓涓流出,鼻塞重而持续,嗅觉消失,鼻腔内红肿,并有胀痛,尤以肿胀更甚。兼见头晕头重,头痛较剧,体倦,脘胁胀闷,食欲不振,小便黄,舌质红、苔黄腻,脉濡或滑数。治法:清脾泻热,利湿祛浊。方药:黄芩滑石汤加减。若热重加黄连、大黄、石膏;鼻塞重加白芷、辛夷花、薄荷。

4. 肺气虚寒:鼻涕白粘,鼻塞或重或轻,嗅觉减退,鼻粘膜淡红肿胀,鼻甲肿大,遇冷风刺激时鼻塞及流涕加重。兼见头昏脑胀,形寒肢冷,气短乏力,咳嗽有痰,舌质淡、苔薄白,脉缓弱。治法:温补肺气,疏风散寒。方药:人参、荆芥、细辛、诃子、甘草、桔梗、煅鱼脑骨、苍耳子、辛夷花、白芷。头额冷痛者加川芎、藁本。

5. 脾气虚弱:涕白粘稠或黄稠,量较多而无臭味,鼻塞较重,嗅觉减退,鼻粘膜淡红或红,肿胀较甚,全身可见肢困乏力,食少腹胀,便溏,面色萎黄,舌质淡、苔薄白,脉缓弱。治法:健脾益气,清利湿浊。方药:参苓白术散加黄芪、泽泻。

(六)针灸治疗:

1. 体针：迎香、攒竹、通天、上星、合谷为主穴。风寒化热者加列缺；肝胆火盛者加行间、风池、侠溪。1 次/d。

2. 耳针：外鼻、内鼻、肾上腺、内分泌、额、神门。每次选 2～3 穴，隔日 1 次，10～15d 为 1 疗程。

3. 贴敷：取涌泉穴。药用生附子 100g，葱汁粘液适量。治疗时，将附子研为细末，葱汁调成膏状，用 35g，分贴两穴上，盖以纱布，胶布固定。每日换 1 次。

（七）单验方：

1. 金银花、菊花各 30g，苍耳子、薏苡仁各 20g，辛夷花、桃仁、黄芩各 10g，白芷 12g。水煎服，1 剂/d。适用于肺热型。

2. 金银花、蒲公英、皂刺、鱼腥草、苍耳子各 12～14g，瓜蒌、辛夷、川芎各 10～12g，藿香、白芷各 10g，甘草 3g。水煎服，1 剂/d。

3. 射干 30g，山豆根 15g，柴胡 6g，辛夷、栀子、薄荷各 10g，细辛 3g，甘草 5g，脓涕多加败酱草；头痛剧加白芷、葛根。水煎服，1 剂/d。

鼻前庭囊肿

鼻前庭囊肿，曾称为鼻底囊肿、鼻粘液样囊肿。多见于女性。

【诊断要点】

（一）本病原因不明，可能是鼻底腺体分泌受阻潴留而致。

（二）多一侧性，位于鼻前庭皮下、鼻翼附着处、梨状孔前外方或上颌骨齿槽突表面之上。

（三）早期囊肿小，无症状，大者可发生渐进性鼻塞，局部发胀，继发感染后，有剧烈疼痛。

（四）检查局部隆起，柔软有波动感，穿刺可抽出透明或半透明黄色液体。如感染，可抽出脓性液体。

（五）X 线片，可协助诊断。

【治疗】

（一）小囊肿可用硬化剂注射治疗。

（二）大的囊肿可行囊肿摘除术。可经唇龈沟切口（庭切口），完全摘除囊肿，缝合口内粘膜，外加压包扎。

（三）适当应用抗生素，预防感染。

鼻窦粘液囊肿

鼻窦粘液囊肿是指鼻窦窦口因某些原因引起长期闭塞，窦内分泌物潴留而形成囊肿。

【诊断要点】

（一）多发于筛窦和额窦，上颌窦和蝶窦少见，多见于青中年人，常为单侧性。

（二）囊肿逐渐长大压迫周围组织时才出现症状和体征。可见于内眦（筛窦）、眶内内侧（额窦）及面颊部（上颌窦）等处出现畸形或膨隆，如位于筛窦者，眼球向外方移位，额窦者可使眼球向前外下方移位，并有眼胀痛、复视、流泪和睑下垂等；位于后组筛窦及蝶窦者可引起眼球突出和视力减退，甚至失明。

（三）触诊时皮下有光滑肿物，按之有乒乓球感，如骨壁完全或部分被吸收或变薄或消失，触之有波动感。

（四）鼻腔检查可见筛区向内膨出，鼻根增宽（筛窦或额窦囊肿），中鼻道膨隆或鼻腔外侧向内移位（上颌窦囊肿）。

（五）鼻窦X线柯－瓦位照片可见鼻腔扩大，骨壁变薄，眼眶和筛窦可见骨质膨隆性破坏和吸收现象。在窦腔内或窦底或内壁有均匀一致边缘光滑的半球形阴影。必要时做CT，对诊断更有意义。

（六）穿刺抽出大量棕色或褐色稠粘液，有时为咖啡样粘液或灰白（黄）色脓液。

（七）摘除囊肿后做病检。

【治疗】

（一）鼻窦囊肿摘除术：恢复并扩大鼻窦与鼻腔的通道，以利于引流，防止复发。

（二）根据囊肿的大小及所在位置，决定采用鼻内或鼻外手术进路摘除囊肿。在可能的情况下，尽量分离切除囊壁，但对额窦粘膜囊肿破坏额窦后壁或后壁与硬脑膜粘连者，则不可强行分离。

（三）全身适当应用抗生素，预防感染。

鼻窦浆液囊肿

【诊断要点】

(一)多见于上颌窦。

(二)多无症状,间有同侧头痛,面颊发胀或不适,鼻内间歇性溢出淡黄色液体。

(三)上颌窦穿刺时,抽出针芯后即有淡黄色液体滴出,鼻窦X线照片显示上颌窦底部有局限性边界清楚的半月形隆起阴影。

【治疗】

(一)小囊肿可不处理,大者可施手术摘除。

(二)全身适当应用抗生素,预防感染。

第四节　咽部常见疾病

咽部异物

外物存留于咽部称咽部异物,任何年龄均可发生。按存留于不同部位,又可分为鼻咽部异物、口咽部异物和喉咽部异物。

【诊断要点】

(一)因进食不慎,有误吞异物史(以鱼刺居多)。

(二)鼻咽部异物少见,可在呕吐时,食物或其他外物进入鼻咽腔。软腭以上部位的异物,分泌物带血,长久者出现有臭味的脓液。此外有鼻塞,局部疼痛不适。

(三)口咽部异物多因进食不慎,误将鱼刺、壳类、竹签等刺入扁桃体、舌根部、咽侧壁或会厌等处,常感到咽痛,有异物感及吞咽时有刺痛。

(四)喉咽部异物为误将鱼刺、肉骨头、纽扣、硬币、针、钉或义齿等吞入,多停留于梨状窝处,有吞咽困难、疼痛、呛咳及口涎外流等。异物较大时,可引起呼吸困难。

(五)口咽部及后鼻镜或间接喉镜检查,可在不同部位发现有异物停留。

【治疗】

(一)在咽部喷2%地卡因,将粘膜麻醉下,取出异物,不同部位异物,采用不同器械,取时谨防异物坠入下呼吸道或误咽下。

(二)全身应用抗生素药物或复方硼酸钠溶液含漱,保持口腔清洁,防感染。

(三)已发生咽部感染者,应行抗感染治疗。

急性咽炎

急性咽炎是指咽粘膜、粘膜下组织和淋巴组织的急性炎症,常多是呼吸道感染的一部分,多由急性鼻炎向下蔓延所致,也有开始即发生于咽部者。病变常波及整个咽腔,也可局限一处。

【诊断要点】

(一)常因抵抗力减低受凉后发病,并常与急生鼻炎、鼻窦炎、扁桃体炎等伴发。

(二)自觉咽干、灼热、进行性疼痛,吞咽困难,有时有耳痛、全身不适、发热。

(三)咽粘膜弥漫性充血肿胀,悬雍垂可有水肿,咽后壁淋巴滤泡和咽侧索红肿。常有颌下淋巴结肿大及压痛。

(四)与急性传染病的前驱期鉴别。

【治疗】

(一)适当休息,多饮开水。

(二)复方硼砂液或0.01%呋喃西林溶液含漱。

(三)应用抗生素或清热解毒口服液。

(四)中草药:咽炎茶1包,3次/d,泡水口服。

(五)雾化吸入:庆大霉素8万u、维生素C 500mg、地塞米松5mg,1—2次/d,7次为疗程。

(六)中医治疗:

1.风热外侵,肺经有热:咽部疼痛渐加剧,吞咽不便,当吞咽或咳嗽时疼痛加剧,咽喉干燥灼热感,喉核红肿,连及周围部。并见发热恶寒,头痛,鼻塞,体倦怠,咳嗽有痰,舌边尖红、苔薄白或微黄,脉浮数。治法:疏风清热,消肿利咽。方药:荆芥、防风、牛蒡子、甘草、金银花、连翘、桑白

皮、赤芍、桔梗、黄芩、天花粉、玄参。

2. 邪热传里，肺胃热盛：咽部疼痛剧烈，痛连耳根及颌下，吞咽困难，有堵塞感或有声嘶。检查时见喉核肿大，表面或有黄白色脓点，逐渐连成伪膜；甚至咽峡红肿，颌下淋巴结肿大，压痛明显。全身证见高热，口渴饮冷水，咳嗽痰稠黄，口臭，腹胀，大便秘结，小便黄，舌质赤红、苔黄厚，脉洪大而数。治法：泄热解毒，利咽消肿。方药：连翘、栀子、黄芩、薄荷、牛蒡子、防风、荆芥、玄明粉、玄参、金银花、大黄。若咳嗽痰黄稠，颌下肿核疼痛，加射干、瓜蒌、贝母；持续高热加生石膏、天竺黄；咽腔内有白腐点或伪膜加马勃。

（七）针灸治疗：

1. 体针：合谷、内庭、曲池为主穴，天突、少泽、鱼际为配穴，每次选3－4穴，1次/d。

2. 耳针：扁桃体区压痛点埋针，在埋针期间，患者可自行按摩以加强刺激。

3. 穴位注射：取脾俞、曲池，每穴注射鱼腥草注射液或柴胡注射液0.5－1ml。

（八）单验方：

1. 野菊花、白花蛇舌草、苦地胆、积雪草、白茅根各30g，1剂/d，水煎服。

2. 山豆根、锦灯笼各30g，水煎服，1剂/d。

3. 蒲公英30g、板蓝根30g，水煎服，1剂/d。

慢性咽炎

慢性咽炎是指咽部粘膜、粘膜下及淋巴组织的弥漫性炎症，常为上呼吸道慢性炎症的一部分。

【诊断要点】

（一）可有各种各样的咽部不适，如干、痒、痛、灼热、异物阻塞感及分泌物增多。咽反射敏感，易作呕。有时有刺激性咳嗽。

（二）咽部粘膜慢性充血，咽后壁淋巴滤泡增生，侧索肥厚。

（三）以性别、年龄、病史长短、吞咽障碍等与食管癌相鉴别。必要时行食道钡餐透视、食道脱落细胞学检查或食管镜检，以排除食道癌。

【治疗】

(一)多做思想工作,解除患者精神负担。

(二)去除病因,如戒烟酒及辛辣食品,治疗全身有关因素。

(三)冷冻疗法或电凝、激光。

(四)2%碘甘油、2%～5%硝酸银液或5%弱蛋白银液,涂擦咽后壁,有消炎及收敛之效。

(五)咽后壁淋巴滤泡增生者,可用10%硝酸银、铬酸或电烙烧灼,每次2～3个,7～10d 1次。

(六)中医治疗:

1. 阴虚肺燥:咽中不适,干痒,有灼热感,咽部微暗红,伴声音嘶哑,午后潮热,口干舌燥,干咳少痰,唇红,盗汗,舌红、少苔、脉细数。治法:养阴润肺,生津润燥。方药:生地、麦冬、甘草、玄参、贝母、丹皮、薄荷、白芍、合欢花、牡蛎。充血重加茜草、丹皮、土牛膝;声音嘶哑加胖大海、木蝴蝶。

2. 肝肾阴虚:咽喉干燥,灼热疼痛,有异物感,咽部敏感,易引起恶心,头晕目眩,腰膝酸软,潮热盗汗,咽部粘膜干燥变薄或萎缩,咽腔宽大,舌红或光绛、苔少或无苔,脉细弦而数。治法:滋补肝肾,养阴生津。方药:六味地黄汤加蒺藜、花粉、芦根。头昏目蒙加女贞子、枸杞子。

3. 阴虚火旺:咽部干痛,有烧灼感,入夜更甚,头晕目眩,腰膝酸软,两颧发红,虚烦失眠,耳鸣,手足心热,咽部色红,舌质红、中有裂纹、苔光少津,脉细数。治法:滋肾养阴,清热降火。方药:知柏地黄汤。充血重者加茜草、赤芍、丹皮;咽部梗阻加郁金、浙贝、桔梗;夜寐不安加五味子、浮小麦、酸枣仁。

4. 肝气郁滞:咽部不适,干燥,异物感,吞咽不利,随情绪波动而加重,胸胁胀满,咽部慢性充血,舌质暗红、边有瘀点、苔薄白,脉弦细。治法:疏肝解郁,活血利咽。方药:逍遥散加沙参、麦冬、青皮、香附。

5. 痰浊凝阻:咽中不适,异物感明显,吐之不出,咽之不下,痰涎多而粘稠,腹满便溏,咽后壁粘膜水肿,舌淡、苔薄白或白腻,脉弦滑。治法:健脾理气,豁痰化浊。方药:半夏厚朴汤加浙贝、郁金、牡蛎、桔梗。咳嗽痰多加紫菀、杏仁、瓜蒌皮;腹满嗳气加旋复花、代赭石、枳壳。

(七)针灸治疗:体针:天突、廉泉、扶突、合谷、足三里、三阴交、列缺、曲池。每日或隔日1次。

(八)单验方：

1. 生雪梨(连皮)2只，青果3枚，水煎服，1剂/d。

2. 桔梗6g、射干6g、麦冬9g，水煎服，1剂/d。

3. 生橄榄5个、柿饼6个，水煎服，1剂/d。

4. 人参叶9g、青果3g，煎汤泡茶随饮。

5. 玄参、肉桂、厚朴、小茴香、桔梗、皂刺各适量，焦枣肉7枚，白糖250g。上药及焦枣研末过筛，加水煎熬，后下白糖，煎成膏状，频服。

粒细胞缺乏性咽炎

粒细胞缺乏性咽炎是指由于骨髓受到某种药物影响抑制中性粒细胞的成熟生长；或由于造血系统本身病变所致。

【诊断要点】

(一)询问病史，查寻病因，如药物史、放射治疗史等。

(二)起病急，全身乏力、发热、咽痛、吞咽和张口困难，唾液增多，口有恶臭。

(三)咽部粘膜有广泛的溃疡与坏死，咽粘膜苍白色，腭扁桃体肿大。

(四)血象检查示白细胞明显减少，其中以中粒细胞减少最明显，粒细胞的形态改变。红细胞及血小板一般正常。血沉加速。骨髓检查一般呈中度增生不良，特点是缺乏粒细胞。

【治疗】

(一)去除病因、如果是使用某种药物所致，应立即停药。

(二)保持口腔及咽部清洁，用漱口液漱口。

(三)预防和控制继发感染，可选用抗生素。

(四)促肾上腺皮质激素25～50u，1次/d，静脉滴注。待白细胞回升后改为强的松龙5mg，3次/d；地塞米松0.75mg，3次/d，口服。

(五)选用升白细胞药物、维生素B_6 50mg，1次/d；维生素B_{12}500mg，1次/d，肌肉注射；维生素B_4 10～20mg，3次/d；利血生10～20mg，3次/d，肌苷400～600mg，3次/d；三磷酸腺苷20～40mg，3次/d，口服。

咽异感症

咽异感症亦称"癔球"、"咽球综合征"或"咽喉神经官能症"，祖国医学

称“梅核气”。本症是指患者感到咽部有异物样梗阻，在客观检查方面未见器质性病变者而言。

【诊断要点】

（一）询问有无上呼吸道急慢性炎症、消化道疾病、失眠、多梦及心前区压迫感等病史，注意亲属有无癌症史，多为非器质性病变，以30～50岁的女性多见。

（二）症状主要为咽喉部明显异物感及堵塞感，在进食时症状消失，但空咽时症状复现，时轻时重，异物感可在情绪紧张思想集中工作中暂时消失。

（三）检查重点是寻找和排除器质性病变，如食道、鼻、咽及喉部疾病，当无其他异常发现时方可诊断为本病。

（四）应与神经衰弱、更年期综合征相鉴别。

【治疗】

（一）对患者应耐心解释，解除不必要的顾虑，特别是恐癌症，再配合适当药物治疗，经过一段时间，大部分症状减轻或消失。

（二）适当应用镇静剂调节神经系统，如安定2.5mg，3次/d；利眠宁5～10mg，1～3次/d；五味子糖浆10ml，3次/d；三溴合剂10ml，3次/d，口服。

（三）其他药物：维生素$B_2$10mg，3次/d；烟酸50～100mg，3次/d；维生素C 200mg，3次/d；强的松5mg或地塞米松0.75mg，3次/d，口服。

（四）耳针疗法或气海穴埋线疗法。

急性扁桃体炎

急性扁桃体炎是腭扁桃体的一种非特异性急性炎症，常伴有一定程度的咽粘膜及其他咽淋巴组织的炎症，但以腭扁桃体的炎症为主。

【诊断要点】

（一）过度疲劳、受冷、受湿、便秘常为诱发因素。

（二）起病急，寒战，高热，全身不适，咽剧痛，常放射至耳部。小儿可有惊厥，拒食。

（三）检查患者呈急性病容，口有臭味，腭弓充血，两侧扁桃体充血肿大，表面可有点片状黄白色分泌物，范围不超过扁桃体。

(四)颌下淋巴结肿大,有压痛。

(五)并发症:有扁桃体周围炎、扁桃体周围脓肿、风湿病和急性肾炎等。

【治疗】

(一)清洁口腔,如用复方硼酸溶液或呋喃西林液含漱,每 2h 1 次。

(二)注意休息。

(三)应用抗生素药物,首选青霉素 400 万 u/d 或红霉素 1.2g/d,静脉滴注。必要时加用地塞米松,10mg/d,静脉滴注。

(四)如有并发症者,根据病情处理。

(五)中医治疗:

1. 外感风热:发热恶寒,咽干灼痛,咽痛难咽,口渴喜饮,周身不适,头身疼痛,扁桃体红肿,表面覆有粘性分泌物,舌质红、苔白或黄,脉浮数。治法:疏风清热,解毒利咽。方药:牛蒡子 10g、薄荷 6g、金银花 30g、连翘 15g、桔梗 6g、黄芩 6g、马勃 6g、川黄连 3g、甘草 3g。

2. 火毒型:邪感传里,高热恶寒,口渴冷饮,口臭,痰稠黄,骨节酸痛,全身乏力,咽痛加剧,常伴有放射性耳痛,扁桃体红肿,表面有黄白色脓点,与隐窝口一致,有时形成假膜,易拭去,有时见滤泡肿胀或化脓,粘膜下见黄白色点状突起。大便干结,小便黄,舌质红、苔厚黄,脉洪大。治法:泻肺胃热毒,佐散瘀消肿。方药:白虎汤加金银花 30g、黄芩 10g、黄连 3g、山豆根 10g、射干 10g、玄参 15g、赤芍 10g、土牛膝 30g。

(六)针灸治疗:

1. 体针:合谷、内庭、曲池、天突、少泽、鱼际。每次选 3～4 穴,1 次/d。

2. 耳针:扁桃体区压痛点,咽喉压痛点埋针。

(七)单验方:

1. 麦冬 15g、桔梗 9g、山豆根 15g、金银花 12g,水煎服,1 剂/d。

2. 黄连 3g、黄芩 6g、菊花 12g,水煎服,1 剂/d。

慢性扁桃体炎

慢性扁桃体炎多由急性扁桃体炎反复发作或因咽隐窝引流不畅,细菌、病毒感染而演变为慢性炎症。

【诊断要点】

(一)有屡次急性扁桃体炎的病史。

(二)扁桃体和舌腭弓慢性充血,扁桃体表面不平或有瘢痕,隐窝内可挤出白色分泌物。

(三)双侧颌下淋巴结常肿大。

(四)无急性感染史的单纯扁桃体肥大,不要轻易诊断为慢性扁桃体炎。

【治疗】

主要手术疗法。扁桃体摘除术,包括剥离法和挤切术。若有手术禁忌证者,可施激光治疗。

腺样体肥大

腺样体又名增殖体、咽扁桃体。小儿腺样体肥大常属生理性,只有增殖体达到影响邻近器官或身体健康者,才称为腺样体肥大。本病多见于儿童,成年人少见。

【诊断要点】

(一)多发于儿童,常与扁桃体肥大同时存在。

(二)常并发慢性鼻炎和鼻窦炎,流脓涕,有间断性或持续性鼻塞,而致患儿张口呼吸,入睡有鼾声或易醒。说话呈闭塞性鼻音。伴有呼吸道慢性炎症性症状,常致面部发育障碍,鼻腔狭小、上唇翘起、下颌下垂,鼻唇沟消失、硬腭高拱、牙列不齐及咬合不正,形成"增殖体面容"及胸腔发育障碍而出现"鸡胸"或扁平胸。

(三)咽鼓管阻塞才有传导性耳聋,易引起鼓室积液或并发中耳感染。

(四)患儿智力低下,记忆力差,夜尿及咬牙。

(五)手指触诊可于鼻咽顶和后壁触及分叶状增生组织,柔软光滑,不易出血。

(六)鼻咽侧位X线照片示有软组织密度增高影。

(七)应与鼻咽纤维瘤及肉瘤相鉴别。

【治疗】

(一)施行腺样体切除术或在扁桃体切除术的同时进行此手术。

(二)术后应用抗生素预防感染。

扁桃体周围脓肿

本病为腭扁桃体周围疏松结缔组织的急性化脓性炎症。绝大多数为单侧性。在脓肿未形成以前，称扁桃体周围炎。本病常见于青年人，且易复发，儿童及老年人少见。

【诊断要点】

（一）本病是指腭扁桃体周围间隙的急性化脓性感染，多继发于急性扁桃体炎或慢性扁桃体炎急性发作时。

（二）症状较严重，多有发热，高达39℃以上，头痛、咽痛明显，常向同侧耳部放射，有吞咽困难以至流涎或饮水自鼻腔反流、张口受限、言语不清、口臭。

（三）患者呈急重病容，头偏向患侧稍前倾或以手托患侧下颌，患侧扁桃体和软腭显著红肿，悬雍垂水肿并被推向健侧，扁桃体本身不易看清，患侧颊粘膜急性充血，颈淋巴结肿大、压痛。

（四）应与扁桃体肿瘤、咽旁脓肿、咽后脓肿及颌下间隙脓肿、智牙冠周炎相鉴别。

（五）在局部最隆起处穿刺抽脓，可助诊断。

【治疗】

（一）应用足量敏感的抗生素及磺胺类药物，防止并发症的发生。

（二）局部穿刺抽脓，同时注入庆大霉素4万～8万u，2～3d穿1次，直至痊愈。

（三）切开排脓，以后每日扩张1次，至脓尽为止。

（四）炎症消退2周后，施扁桃体切除术。但也可在脓肿期应用足量抗生素控制下，同时行扁桃体切除术。

咽后脓肿

咽后脓肿发生于咽后间隙，有急性和慢性2种，以急性者多见，为咽后隙淋巴结的急性化脓性病变。慢性者少见，是结核性冷性脓肿。

【诊断要点】

（一）急性型：

1. 多见于3岁以下幼儿。起病急，发热、咽痛、拒食、吞咽或呼吸困

难，说话及哭笑含糊不清（如口内含物），咽后壁肿胀隆起。

2. 检查时操作宜轻，避免脓肿破裂，发生意外。

3. 颈侧位X线片，可见颈椎前有隆起的软组织影。

（二）慢性型：

1. 有咽部不适及吞咽梗阻感。

2. 检查见咽后壁膨隆。

3. X线摄片显示颈椎骨质破坏。常伴有肺结核。

【治疗】

（一）急性型：

1. 抗生素的应用，必要时可加地塞米松，应注意支持疗法和对症处理，预防并发症的发生。

2. 施行切开排脓术：取仰卧头低位，用直接喉镜或麻醉喉镜暴露咽后壁，在明视下先穿刺抽脓后切开，吸净脓液。用抗生素冲洗脓腔，次日施扩张引流。术中备好氧气，气管切开等器械，以便在意外情况出现时使用。

（二）慢性型：

1. 抗痨治疗。

2. 反复穿刺抽脓，并于脓腔内注入链霉素0.25～0.5g。

3. 治疗颈椎结核，应请骨科医师清除病灶。

咽旁脓肿

本病是咽旁间隙的化脓性感染，多由扁桃体或咽部其他严重感染蔓延所致；或由咽外伤或异物引起。

【诊断要点】

（一）有扁桃体或咽部严重感染史；或外伤及异物史。

（二）全身症状较重，呈脓毒性高热，间有寒战、饮食不振、头痛等。

（三）患侧颈部及咽部疼痛，吞咽时疼痛加重，并有放射性耳痛、吞咽困难、发音含糊不清、颈项强直、颈淋巴结肿大且压痛等。

（四）前间隙感染，炎症波及翼内肌可引起牙关紧闭和张口困难。患侧颈部及颌下区肿，咽侧壁和扁桃体被推向内侧，稍充血无明显肿胀，软腭、咽腭弓及悬雍垂水肿。

(五)后间隙感染时,咽腭弓和后部咽侧壁肿胀,下颌角处肿起、扁桃体不被推移,无牙关紧闭。

(六)X线侧位照片,可示气管向前移位。

(七)有时可并发喉水肿、颈内动脉腐蚀、纵隔炎、颅内及其他筋膜间隙感染表现。

(八)应与扁桃体周围脓肿、咽后脓肿、咽旁肿瘤及动脉瘤相鉴别。

(九)必要时于咽侧咽部肿胀处穿刺抽脓,可明确诊断。

【治疗】

(一)蜂窝组织炎期:及时足量广谱抗生素,局部理疗,加强支持疗法和对症处理,病情严重者可输血。

(二)脓肿形成期:应施行切开排脓术。

1. 咽内切开引流:若咽部肿胀明显,并经咽部诊断性穿刺证实者,可行咽内切开引流。

2. 颈侧切开引流:若颈部和颌下区肿胀明显,脓肿靠近颈部表面,或已疑有血管糜烂出血及其他并发症者,切应从颈侧切开排脓,置入引流条。

咽部神经鞘膜瘤

咽神经鞘膜瘤为生长缓慢的良性肿瘤,好发于咽侧后壁、软腭及扁桃体上窝等处。发病年龄多在30～50岁,男女发病率无明显差别。

【诊断要点】

(一)发生于咽侧后、扁桃体上窝的肿瘤,生长慢,无症状;或有咽部异物感。肿瘤大者吞咽障碍,发声不清或有鼻音。肿瘤侵及鼻咽时,出现耳鸣、耳闷或听力减退。压迫咽、喉部,可致呼吸困难。

(二)肿瘤压迫神经,则出现该神经受累症状。如舌下神经受累,则出现舌半侧麻痹、说话不清;如迷走神经受累,出现声带麻痹,而有声嘶。

(三)见口咽侧、后壁有肿物,扁桃体被挤向前,肿瘤大向上可波及鼻咽,向下延深至咽部,病变处隆起,表面粘膜正常。

(四)颈外侧下颌角后,胸锁乳突肌深面有时可扪及肿块。

(五)肿瘤位置较深时,不易切除肿瘤组织,一般不做活检检查,但可施穿刺检查,排除囊肿、血管瘤或恶性肿瘤。

(六)X线摄片：颈正侧位、颅底位平片、断层片，可了解病变范围。病情复杂者，可做CT扫描等检查。

【治疗】

(一)肿瘤小者，可经口的途径进行切除。一般需用气管插管、全身麻醉。在肿瘤最突出处，做纵形切口，沿肿瘤的包膜剥离切除，然后缝合切口。

(二)对较大肿瘤，多经颈外途径切除肿瘤。切口从下颌后，沿胸锁乳突肌前缘达甲状舌骨膜平面，分离暴露肿瘤，然后切除之，因视野大，可避免伤及血管和神经。

(三)全身适当应用抗生素，预防感染。

鼻咽血管纤维瘤

鼻咽血管纤维瘤是指肿瘤中含有丰富的血管，容易出血，常见于10～25岁男性青年，故又名男性青春期出血性鼻咽血管纤维瘤。虽属良性肿瘤，但具有强大生长扩张能力。肿瘤发源于颅底，可侵犯颅底、鼻窦等附近器官，也可反复引起危及生命的大出血。

【诊断要点】

(一)多发生在25岁以下男性青年，虽属良性，但临床经过有严重危害性。

(二)主要症状为反复性出血及继发性贫血，伴进行性鼻塞及闭塞性鼻音。当肿瘤侵入咽鼓管时，有耳闷、耳鸣及耳聋。侵及眼眶和颅内时，有头痛、复视、视力减退及眼球突出等。

(三)检查鼻咽部可见圆形、色淡红，单个或分叶状，表面光滑并布满血管的新生物，触之质较硬而有弹性，不活动，有时出血，如感染表面呈灰白色，肿瘤过大可突入鼻腔及口咽。

(四)头颅和鼻窦X线或断层照片，可示肿瘤扩展范围和方向，条件许可者可做CT定位。

(五)一般不做活检检查，确属必要时可从鼻腔取材，以便压迫止血。

(六)应与后鼻孔息肉及鼻咽部其他肿瘤相鉴别。

【治疗】

(一)术前放疗或口服乙烯雌酚以缩小肿瘤，减少术中出血，同时治疗

贫血，改善营养。

（二）在控制性低血压麻醉下切除肿瘤。

（三）术后适当应用抗生素，预防感染。

鼻 咽 癌

鼻咽癌为我国多发肿瘤之一，就头颅部恶性肿瘤而言，在我国鼻咽癌发病率占首位，而在某些高发地区，鼻咽癌发病已居全身恶性肿瘤之冠。男多于女。

【诊断要点】

（一）询问有无家族史。

（二）多在30～50岁发病，男多于女。

（三）患者如有间吸血涕、自觉口内有血腥味、擤涕带血及一侧颈上部淋巴结肿大等，应疑及本病。

（四）有颈淋巴结转移灶、血涕、头痛、耳鸣、耳聋、鼻塞及颅神经损害，并以第5、6、9、11颅神经为常见，有时出现第2、3、4及第7、10颅神经损害表现，常伴一侧卡他性中耳炎症状。

（五）颅底骨质破坏较常见。

（六）后鼻孔镜检查可在咽隐窝、鼻咽顶及鼻咽后壁，发现菜花状、结节或溃疡状新生物。

（七）鼻咽部活检可确定诊断，高度可疑时应多次活检。

（八）需要时做颅底、胸部及有关骨骼X线照片及CT检查。

（九）有条件可做血清免疫学有关试验和检查。

【治疗】

（一）放射疗法：为鼻咽癌的主要治疗方法，如深X线、^{60}钴或加速器治疗。也可做咽腔内镭治疗。

（二）手术疗法：对鼻咽腔原发癌或颈淋巴转移癌的放射治疗后局限性残余病灶或复发灶，可考虑手术切除。

（三）化学疗法：抗癌药物治疗，常用于晚期全身疗法，可口服、肌肉注射、静脉注射。常有药物有氮芥、环磷酰胺、氟尿嘧啶、噻替哌、争光霉素等。

（四）中医疗法：根据患者具体情况，放疗前或放疗后以中医中药治疗

或免疫疗法及支持疗法。

第五节　喉部常见疾病

喉软化症

喉软化症又称先天性喉鸣或喉软骨软化病。喉部软骨软弱喉前庭周围组织过度软弱松弛，吸吮时喉腔内的负压使会厌侧缘向后向内卷曲，两杓会厌皱襞，杓状软骨亦向喉陷入，使喉腔狭小，并受气流震动而发生喉鸣。

【诊断要点】

（一）由于喉软骨发育不佳或妊娠期营养不良，出生后1～2个月即出现间歇性吸入性喉鸣、吸气性三凹征。仰卧时明显，安静时可缓解或消失。严重者呈持续性喉鸣。

（二）咳嗽、啼哭声均正常，无嘶哑。全身情况尚好，一般在2岁以后喉鸣则消失。

（三）用直接喉镜前端将会厌挑起或置于两会厌皱襞间，喉鸣随即消失即可确诊。

（四）应与先天性喉、气管异常，声带麻痹，纵隔大血管压迫等相鉴别。

【治疗】

（一）一般注意营养，预防上呼吸道感染，勿须特殊治疗，至2～3岁时多能自愈。

（二）改变婴儿体位，取侧卧位可减轻症状。

（三）呼吸困难症状明显，应做直接喉镜或纤维喉镜检查。少数严重者须做气管切开术。

（四）全身适当应用钙剂，如葡萄糖酸钙0.5～2g，3次/d；乳酸钙1～2g，3次/d，口服。

喉外伤

喉外伤是指外界力量作用于喉部而引起局部损伤而言。

【诊断要点】

(一)喉外伤可因战伤、撞击伤、刎颈、烧伤等引起,有闭合性或开放性损伤,多波及喉软骨。

(二)呼吸困难,重者可致窒息。

(三)出血,颈部血管损伤,重者因失血多而致休克,撞击伤常致皮下瘀血。喉粘膜损伤,可出现咯血。颈大血管一旦损伤,常引起致命性大出血。

(四)检查可见颈部瘀血、皮下气肿、喉变形、声带运动受限或声带麻痹、咽喉粘膜损伤,颈部伤口有气泡或唾液外溢。

【治疗】

(一)有休克者,立即抢救。详见危重症抢救。

(二)颈部大出血的急救时,只能用堵塞止血法,禁止环绕包扎。可先施气管切开,保持呼吸道通畅。

(三)止血清创缝合。

(四)尽量保留破碎的喉软骨及软组织。若喉支架或气管损伤,可放硅胶管,以防狭窄。

(五)全身应用抗生素,预防或控制感染,静脉滴注先锋霉素 V 和 1% 灭滴灵等药物,肌注破伤风抗素 1 500u。

(六)鼻饲饮食,可使局部休息,并加强护理工作。

急性会厌炎

急性会厌炎又称急性声门上喉炎,是指声门上区以会厌为主的急性炎症,可伴脓肿形成。好发于春、冬季节。

【诊断要点】

(一)本病是急性喉炎的一个特殊类型。常由受凉、过劳、喉外伤及会厌囊肿继发感染等为诱因。

(二)起病急,有剧烈喉痛、吞咽困难,重者有高热、全身酸痛不适,饮水呛咳、张口流涎、语言含糊不清、呼吸困难、喘鸣及鼾声;小儿患者可迅速出现衰竭或窒息死亡,但无声嘶,可有声音低沉。

(三)对急性喉痛者,如咽部无特殊病变发现或有炎症性病变,但不足以解释其严重程度者,应疑为本病,须做喉检查。

（四）间接喉镜可窥及会厌粘膜充血肿胀，尤以舌面为甚，严重时会厌呈"球状"致声门不易暴露。有脓肿形成者局部有黄白色脓点或溢脓。

（五）颈淋巴结肿大、压痛，舌骨及甲状软骨压痛明显。

（六）喉侧位X线拍片，见咽喉腔阴影明显缩小，会厌肿大，可有助于婴幼儿的诊断，并可与咽后脓肿相鉴别。

【治疗】

（一）急性会厌炎可突然发生喉阻塞，应密切观察，积极治疗，做好气管插管及气管切开等急救准备。

（二）应用足量抗生素。首选青霉素400万～800万u/d；氨苄青霉素，4～8g/d，静脉滴注。同时酌情给予地塞米松5～20mg/d，口服、肌注或静脉滴注。

（三）有吞咽困难者应输液补充营养，纠正脱水及电解质紊乱。

（四）分泌物稠者可用粘液分解剂：痰易净1～3ml，雾化吸入，使分泌物易于咯出。

（五）有明显喉阻塞体征者，应及时做气管切开术，以免发生窒息。

（六）会厌脓肿形成或破溃引流不畅者，可在充分准备的条件下切开排脓。

急性喉炎

急性喉炎是指喉粘膜的急性炎症，为常见呼吸道急性感染性疾病之一。常继发于急性鼻炎及急性咽炎。此病多发生于冬春两季。发生于儿童则病情较严重。

【诊断要点】

（一）多见于小儿。成人常因发音过多、烟酒过度、粉尘或化学气体刺激、长期鼻塞、张口呼吸、异物及手术器械损伤等而致病。

（二）突然嘶哑，失音，喉内刺痒、干燥、烧灼、异物感，咳嗽。全身症状较少。

（三）间接喉镜检查可见喉粘膜充血肿胀、声带水肿、声门狭窄，喉腔常有分泌物滞留。

（四）小儿常有发热、犬吠样咳嗽，易致喉梗阻。

【治疗】

(一)少说话,使声带休息。

(二)雾化吸入,2 次/d,每次 15～20min。

(三)全身应用激素药物,如强的松 5mg 或地塞米松 0.75mg,3 次/d,口服。适当应用广谱抗生素治疗。

(四)有呼吸困难者,给氧。经上述处理症状不缓解者,必要时行气管切开术。

(五)中医治疗:

1. 风热袭肺:初期证见声音嘶哑,喉内干痒,灼热微痛,咳嗽无痰,发热恶寒,头痛,周身乏力,舌苔薄黄,脉浮数。治法:疏风清热,解毒利咽。方药:麻黄、杏仁、石膏、甘草、桔梗、牛蒡子、薄荷(后下)。

2. 肺胃郁热:喉痛难咽,高热不退,舌燥唇红,语出无声,呼吸气急,大便秘结,尿黄,舌质红绛、苔黄厚腻,脉洪大。治法:泄热解毒,清咽利膈。方药:清咽利膈汤加减(连翘 12g、栀子 9g、黄芩 9g、薄荷 5g、牛蒡子 9g、桔梗 10g、玄参 12g、金银花 10g、大黄 10g、甘草 6g)。

3. 邪毒内陷:气道受阻,痰声如锯,呼吸困难,三凹症状出现(天突、缺盆、肋间等处凹陷),唇青面紫,神志不清,二目上视,脉沉细。治法:泄热解毒,祛痰开窍。方药:清湿败毒散(生石膏、生地、水牛角、川黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、玄参、丹皮、连翘、鲜竹叶、甘草),配紫雪丹或安宫牛黄丸。

(六)针灸治疗:

1. 体针:合谷、少商、商阳、尺泽、少泽、曲池、天鼎、扶突、丰隆。每次 2～3 穴;或取少商、商阳出血泻热。

2. 耳针:神门、咽喉、平喘等穴,1～2 次/d。

(七)单验方:

1. 芦根 50g、萝卜 200g、葱白 7 个、青橄榄 7 个,水煎,代茶饮。

2. 天冬 10g、甘草 10g、黄芩 12g、连翘 12g、玄参 15g、生地 15g,水煎服,1 剂/d。

急性喉、气管－支气管炎

急性喉、气管－支气管炎是指喉、气管、支气管粘膜弥漫性急性化脓

感染。本病易发于冬春两季，婴幼儿最多见，感冒或上呼吸道感染为常见诱因。

【诊断要点】

（一）发病快，比小儿急性喉炎症状重，开始小儿就烦躁不安、高热、抽搐及声嘶，不仅有喉源性呼吸困难，常伴下呼吸道阻塞和肺不张等症状。继之出现全身中毒症状及衰竭表现。

（二）检查可见声门下呼吸道粘膜高度充血肿胀，但一般不做内窥镜检查，以免发生颈反射引起突然死亡，只在确诊困难或抢救时用。肺部听诊呼吸音减低，有干性或湿性啰音，重者有呼吸循环衰竭体征。

（三）应与喉白喉、呼吸道异物等相鉴别。

【治疗】

（一）立即应用足量抗生素及类固醇激素类药物。

1．青霉素 400 万～600 万 u，静脉滴注。

2．氟美松 10～20mg 或氢化可的松 50～100mg，静脉滴注，待呼吸困难好转后，再逐渐减少剂量。

（二）喉及下呼吸道阻塞严重者，立即行气管切开术，并通过气管切口滴药及吸引，以清除下呼吸道分泌物及伪膜状物。滴入 1% 碘代钾液，蒸气吸入及保持病室内一定的温度外，可用稀释剂滴入气管内。

1.1%～3% 小苏打溶液或 0.05% α 糜蛋白酶溶液，每半小时滴入气管套管内 1 次，在滴入片刻后即用导管伸入气管内进行抽吸。

2．对分泌物非常粘稠、上述治疗无效、呼吸困难严重者，须拔去气管套管，用钳撑开气管切口，将分泌物或伪膜给予引出或钳出。经气管切口插入支气管镜，明视下吸出或钳出粘液团块与伪膜，有时反复行之。

3.5%～20% 痰易净 1～3ml 加异丙肾上腺素 1mg，雾化吸入，有迅速溶解粘稠痰液之效。

（三）治疗期间，慎用镇静剂，禁用吗啡、阿托品类药物，以避免呼吸道分泌物更难排出。

（四）请儿科医师共同协助治疗患儿的脱水、酸中毒、电解质紊乱、肺部感染及心肺循环衰竭等。

慢性喉炎

慢性喉炎是指喉部粘膜的一般性病菌感染所引起的慢性炎症。因病变程度的不同，可分为慢性单纯性喉炎、肥厚性喉炎和萎缩性喉炎

【诊断要点】

（一）询问声音嘶哑的发病经过，有无咳嗽、咯血、吞咽障碍史，注意职业、工作环境、不良嗜好和发病的关系。

（二）声哑粗糙、音调低微，甚至失音。喉部常有干燥感或异物感。

（三）双侧对称性喉粘膜及声带充血，两侧声带肥厚，边缘变钝，声门闭合不严。职业性者在声带前中1/3交界处，可有小结或息肉。

（四）须与早期喉癌、喉结核鉴别。发现喉有局限性组织增生者，应行活组织检查。

【治疗】

（一）去除病因。注意发音保健，如勿过度发音，禁烟酒，治疗全身与局部的有关疾病等。

（二）含化草珊瑚含片等；铁笛丸、响声丸、金嗓清音丸等，口服。

（三）雾化吸入，2次/d，7～10次为1疗程。

（四）声带有结节或息肉、药物治疗无效时，行手术摘除之。

（五）中医治疗：

1．阴虚：声哑伴咽干微痛，午后潮热，痰少而粘，不易咯出，舌红、少苔，脉细数。治法：养阴清热化痰。方药：沙参12g、麦冬12g、黄芩10g、桑白皮6g、天花粉10g、桔梗6g、甘草3g。

2．气虚：声哑伴少气无力，多话或劳累后声哑加重，舌淡胖，脉濡细。治法：补气固表。方药：补中益气汤。

（六）单验方：

1．生地9g、元参9g、知母9g、射干6g、炙紫菀9g、玉蝴蝶0.9g、生甘草3g，水煎服，1剂/d。适用于阴虚喉炎。

2．核儿参12g、黄芪10g、桔梗6g、山药9g、凤凰衣6g、玉蝴蝶0.9g、生甘草3g，水煎服，1剂/d。

急性喉梗阻

喉梗阻又称喉阻塞，是因喉部或其邻近组织的病变，使喉部通道发生阻塞，如不及时治疗，可引起严重后果。

【诊断要点】

（一）急性喉梗阻系指多种原因影响下，引起声门气管部通道狭窄或阻塞，逐渐地或突然地导致窒息以至死亡。最常见原因为喉气管异物、急性炎症、神经麻痹、畸形、外伤及肿瘤等。

（二）主要临床特征是吸气性呼吸困难、喘鸣及三凹征，重者肋间隙亦凹陷，呼吸一般不加快，常有声嘶失音及犬吠样咳嗽；晚期出现中枢神经症状和呼吸循环衰竭现象，如烦躁不安、出汗、紫绀等缺氧现象，可窒息、昏迷，甚至死亡。

（三）检查须视病情轻重及年龄而定，成人如病情允许做间接喉镜检查，明确喉部病变性质及声门裂大小；必要时可摄喉侧位片，了解声门下受累情况，如梗阻症状明显或严重要先解除呼吸困难，再做检查。幼儿患者须直接喉镜检查时，要慎重，防止突然窒息。

（四）喉梗阻的轻重，临床上以吸气性呼吸困难程度，常分为 4 度。

（五）注意与各种原因引起的分泌物潴留所致的下呼吸道梗阻及中枢性、心源性、肺源性呼吸困难，支气管哮喘，喉痉挛等相鉴别。

【治疗】

争分夺秒迅速解除喉阻塞，按呼吸困难程度分别采用静脉点滴足量抗生素及类固醇激素等药物或气管切开手术抢救治疗。积极治疗原发疾病，经全面考虑，当机立断，可采取以下治疗方法。

（一）病因不明或病因一时不能去除者，有Ⅲ°或Ⅱ°呼吸困难，应立即行气管切开术，以解除呼吸困难。

（二）病因若能立即解除者，如呼吸道异物，应迅速加以取出。

（三）炎症及水肿所致的喉阻塞，可用静脉滴注足量抗生素及类固醇药物、吸氧及退热药物治疗。若在短期内呼吸困难不能缓解或有所加重者，应立即施气管切开术。

（四）对有下呼吸道分泌物阻塞，咳嗽功能差的垂危患者，尤其是儿童患者，施行气管切开术过程中有可能发生窒息者，可选插支气管镜，抽吸

分泌物和给氧吸入，在保障呼吸道通畅的情况下，再行气管切开术为宜。

（五）喉痉挛所致喉梗阻，在大量镇静解痉药物控制下，宜尽早在痉挛发作间歇期，行气管切开术，以保障及时吸清除下呼吸道分泌物，使患者脱离缺氧状态。

（六）全身应用足量抗生素及类固醇激素：如青霉素 400 万～800 万 u/d，氨苄青霉素 4～8g/d，静脉滴注或静推；地塞米松 10～20mg/d，静脉滴注。

癔病性失音

癔病性失音又称功能性失音，是喉发声功能暂时性障碍，并无器质性改变的一种癔病表现。多见女性患者。

【诊断要点】

（一）突然发病有精神刺激史；或因受凉、感冒诱发本病也屡见不鲜。

（二）突然声嘶、失音、声调改变，重者耳语，很少完全无音，但咳嗽、哭笑声却正常。有时伴有不同程度的精神症状，如精神不振、淡漠、缺乏信心。

（三）间接喉镜检查见声带形态、色泽正常，吸气时声带外展良好，但发声时两声带不能内收靠拢，声门有一缝隙。亦有声门前部闭合，后部呈三角形缝隙。有时突然出现声门闭合一下后，又立即恢复外展状态。

（四）发声时触诊甲状软骨板无声振动感。

【治疗】

（一）心理治疗是各种治疗的基础，通过启发式暗示，消除病态心理，解除顾虑，增强治疗信心，确信即可治愈，是取得疗效的的重要关键。

（二）对患者要关心、热情、耐心、取得患者信任。

（三）暗示治疗方法甚多。

1．用拇指、食、中指按甲状软骨处左右活动，同时嘱患者大声读数 1、2、3……。

2．暗示下患者自己拉舌，用间接喉镜放于悬雍垂处，嘱患者发“依——”音，同时用镜刺激咽部发呕。呕出咽喉稠液物，立即跟随医生大声数 1、2、3……及说话等。

3．用 1% 碘甘油喉卷棉子涂抹喉咽部深处，引起恶心反射后诱出发

声，恢复后嘱继续自行伸舌发声以巩固效果。

4. 针刺：在暗示过程中取天突穴。用泻法，留针 10min，并不断捻动，有胀感时立即随医生练习发声；或加用合谷穴疗效更好。

5. 上述简单暗示不愈者，可采用全麻诱导。

喉乳头状瘤

喉乳头状瘤是指喉部良性肿瘤中发病率最高的肿瘤，约占 70%　在儿童，肿瘤侵犯范围较广，随年龄的增长肿瘤增长速度减缓或消退。中年以上肿瘤切除后易复发，可发生恶性病变，发生率约 5%。

【诊断要点】

（一）本病是一种真性良性肿瘤，发病率较高，单发者多见成人，多发者见于 12 岁以下儿童。

（二）主要症状为声音嘶哑，呈持续性，逐渐加重，甚至失声。广泛多发者有呼吸困难。

（三）成人易恶变，易复发，需反复做病理检查。

（四）检查可见肿瘤呈淡红色，表面不光滑呈桑椹状或菜花状，乳头状突起。单发带蒂者潜入声门下区，多位于前联合或声带前半部；多发者见于室带或声带，可蔓延至会厌、气管及支气管。

（五）活检可明确诊断。喉部正侧位片、断层摄片或 CT 扫描可示病变范围及喉腔阻塞程度。

【治疗】

（一）以手术切除为主，如单发者，在间接、直接喉镜或显微镜下进行手术，多可奏效。

（二）复发或多发者，可行气管切开术及喉裂开术切除肿瘤，也可配合激光、冷冻、电灼治疗。

（三）用化疗、免疫疗法，如用麻疹疫苗 1～2 支局部注射。

（四）已癌变者，应按喉癌进行治疗。

喉　　癌

喉癌是指喉部原发性肿瘤，可由局部向周围扩展；或向区域性淋巴结转移，也可转移至远处脏器。以鳞状上皮癌最多，次为腺癌，肉瘤少见。

【诊断要点】

(一)多见于男性中、老年人,80%～90%有烟酒嗜好。

(二)根据癌发生部位分成3个类型:声门上型、声门型、声门下型。

(三)症状视肿瘤发生部位及就诊时间早晚而异,主要有声嘶、呼吸困难、咳嗽、吞咽不利及颈淋巴结转移症状。声门上癌最初症状常不明显,多有喉部不适、发痒及异物感,病情发展快,伴有口臭及咯血;声门癌开始有声音改变或持续性声嘶逐渐加重;声门下癌早期无症状,如侵及环状软骨或声带,则发生声嘶、咳嗽,有时咯血痰。晚期均出现严重的喉梗阻表现。

(四)检查喉部发现肿物,取活组织检查可确诊。

(五)喉部X线正侧位平片及CT检查可明确病变范围。

【治疗】

(一)早期癌肿局限于声带表层,放疗或手术,都可获得满意效果。

(二)声门上区癌肿(如会厌癌)限于会厌者,可行会厌切除术;累及喉前庭者,可行上半喉切除术。

(三)单侧喉癌可行垂直半喉切除术。术后应进行放疗,以防复发。

(四)声带固定、病变广泛者,应行全喉切除术,同时进行预防性或颈淋巴廓清术。

(五)全喉切除术,在具备条件下,可进行发声重建术。

(六)晚期喉癌,可采用综合疗法,进行有计划的术前或术后放疗。

(七)化学药物治疗,一般用于手术前辅助治疗或晚期癌姑息疗法。所用药物有长春新碱、氨甲蝶呤、争光霉素、环磷酰胺等,也可用中药治疗。

呼吸道异物

呼吸道异物是指经口误吸外界物质而致病。

【诊断要点】

(一)多见于儿童。需详细询问亲属,有无进食或口含异物时突然哭、笑而将异物吸入史,并可判断异物种类。

(二)异物吸入后,首先发生剧烈呛咳、喉鸣、气急、呼吸困难、紫绀,甚至窒息。

（三）异物在气管内，可有阵发性咳嗽，此时可听到拍击声。

（四）异物嵌入支气管内症状暂时缓解，有时并发肺部感染、肺不张或肺气肿症状。

（五）植物性异物可刺激气管、支气管，而出现发热、咳嗽、咯痰等急性支气管炎或肺炎症状。

（六）胸部X线透视或照片，金属异物则可确定其位置、大小及形状；非金属异物可确定有无肺不张、肺气肿、肺炎及纵隔随呼吸摆动等现象。特殊检查，如干板照相、超声扫描及CT也有助诊断。

（七）直达喉镜及支气管镜检查：经上述检查诊断仍不能确定时，可施镜检以获确切诊断。

【治疗】

（一）喉异物应在间接喉镜或直接喉镜下立即取出。

（二）气管活动性异物，在直达喉镜下取出，特殊异物或病情危急、呼吸困难严重者，应给氧气或气管切开取出异物。

（三）支气管异物可在支气管镜下取出。

（四）多次无法取出的肺叶支气管异物或肺段支气管异物，应请胸外科会诊，开胸取异物。

（五）应用肾上腺皮质激素和抗生素药物以防发生并发症。

食道异物

外物误咽食管内，是耳鼻喉科常见急诊，如及时妥善治疗多无危险，如处理不当，则可发生严重并发症而导致死亡。

【诊断要点】

（一）凡有典型的异物病史，以后有咽下困难、疼痛、呕吐、咳嗽等症状者，即有食管异物的可能。

（二）颈部检查：尖锐异物位于食管上端时，如推压喉头及气管时，可引起异物嵌顿部分的疼痛，食管壁损伤穿孔时，胸锁乳突肌内缘可发生红肿或皮下气肿。

（三）喝水诊断法：如让患者喝一口水，则有面部痛苦及费力的表情，即头由前下方向后下方转的动作。

（四）间接喉镜检查：可见梨状窝有唾液或脓液滞留。异物位于食管

入口部时，偶可见到异物残端。

（五）X线透视或照片可判断有无异物及其性质、位置和有无并发症存在。

（六）食管镜检。

【治疗】

（一）应用适当抗生素及支持疗法。

（二）肉类异物可用5%胃蛋白酶（溶于10%酒精内），每15min喝1～3ml，经2～3h后可见效。对异物为带骨的肉，疑有食管炎或食管穿孔者，应慎用。

（三）食管镜下取异物。

（四）食管镜不能取出者，应请胸外科会诊，于颈外径路取出、开胸取出或剖腹取出。

第六节　耳部常见疾病

先天性耳前瘘管

先天性耳前瘘管是一种常见的先天性耳科疾病。本病是由于胚胎期形成耳廓的第1、第2腮弓的小丘样结节融合不良或第1腮沟封闭不全所致。俗称“耳仓”。

【诊断要点】

（一）常位于耳轮脚前，有一小孔。有时瘘管开口于耳中腔、外耳道或乳突皮肤上。一侧或双侧或有反复感染史。

（二）挤压患部常有白色豆腐泥样物从管口溢出，致病菌感染者局部红、肿、痛，可形成脓肿。长期感染者，瘘管附近皮肤可出现溃烂、瘢痕、肉芽，创面长期不愈或形成数个溢脓孔。

（三）探之有管可入。

【治疗】

（一）无继发感染者，勿须治疗。

（二）有反复发作史者，宜在急性炎症消退后，施行手术摘除。

1. 成人局麻，儿童全麻。用探针插入管口，注入少许2%美蓝液，勿使外溢。

2. 在瘘口周围做一梭形切口，沿蓝色的瘘管分离，勿将瘘管分破或撕断，借助探针追寻，直达盲端，如有分支，也须全部切除。

3. 如因长期感染，皮肤溃烂较大，瘘管切除后创面过大而不能缝合者，可考虑植皮。

（三）暂时不能手术时，可试用向瘘管内注入5%碘酒治疗。

耳廓假性囊肿

耳廓假性囊肿系原因不明的耳廓侧面局限性"囊性"肿物，因其囊壁无上皮层，故称为假性囊肿。

【诊断要点】

（一）本病系耳廓软骨间反应性无菌积液病变，注意询问有无耳廓受压、摩擦、触摸刺激史。

（二）好发于一侧耳廓外面上半部，以青壮年多见。病理特点囊壁无上皮，多单侧发病。

（三）症状与囊肿大小有关，小者无症状，常自己偶然触知或被别人发现；大者有发胀、灼热、发痒感，侧卧受压时有轻微痛；如感染则有严重的化脓性耳廓软骨膜炎症状。

（四）检查多在患耳廓前侧上部三角或舟状窝处发现局限性半球样囊性隆起，渐大，边界清楚、色泽正常，触之小者有硬感，大者有波动感而无压痛。穿刺抽液有淡黄色清液或稀薄血性液体。

（五）须与耳廓血肿、耳廓真性囊肿鉴别。

【治疗】

（一）理疗：对少量积液者，可用超短波或紫外线治疗，以制止渗液和促使吸收，1次/d。有效者，肿胀消退，皮肤稍增厚。也可用磁疗、冷冻疗法。

（二）穿刺抽液：积液较多者用此法，抽出液体后，有石膏或牙模胶固定压迫两侧，然后加压包扎之，疗效较好。

（三）穿刺注入硬化剂：无菌操作下抽尽局部积液后，于囊腔内注入5%碘酒0.1～0.2ml，加压包扎，1周后好转，可再重复1次。

(四)开窗引流：无菌操作下将囊壁全层开一小窗，排出积液，加压包扎，1周后囊壁愈合、所开小窗愈合，无明显瘢痕。

(五)全身给予抗生素预防感染。

化脓性耳廓软骨膜炎

本病是耳廓软骨膜急性化脓性炎症，是一严重的外耳疾病，由于继发感染多呈进行性软骨坏死，而致耳廓畸形。

【诊断要点】

(一)由于耳廓外伤、继发感染，多由绿脓杆菌或葡萄球菌所致。

(二)起病：耳廓烧灼感，继之出现跳痛，并迅速加剧，呈持续性，夜间尤重，全身不适、并有发热。

(三)急性期：耳廓红肿、增厚，触之坚实，压痛明显。有脓肿形成时，耳廓表面呈暗红色，有局限性隆起或有波动感。重者软骨膜及软骨坏死。慢性期有耳廓溢脓或脓瘘；或有增厚、瘢痕、缩小及菜花样变形。

(四)做局部脓液培养及药敏试验，必要时可做血液细菌培养。

【治疗】

(一)及时、足量应用抗生素药物。首选庆大霉素、多粘菌素、丁胺卡那霉素、氧哌嗪青霉素等，也可根据细菌培养及药敏试验结果选用药物，局部或全身应用。

(二)早期脓肿未形成者，用虎杖膏外敷，每日更换1次。局部热敷或紫外线及超短波等，改善血液循环，以减轻局部炎症。

(三)脓肿形成者，应立即充分切开引流。手术可沿耳轮外缘或脓肿最低处广泛切开，彻底刮除肉芽组织及切除坏死软骨，以免感染波及全部软骨造成严重畸形。术毕创面撒以多粘菌素B或氧哌嗪青霉素药粉，将耳廓皮肤复位，加压包扎，1周后换药干燥愈合。若部分不愈者应再次清创，彻底切除病灶达愈合为止。

(四)中医治疗：症同前述。伴形寒发热，头痛口渴，舌质红，脉弦数。治法：清热解毒。方药：柴胡舒肝肠加减(柴胡10g、地丁30g、半枝莲15g、赤芍10g、山栀10g、金银花15g、连翘15g、牛蒡12g、薄荷6g)。

急性外耳道炎及湿疹

急性外耳道炎及湿疹多因耳廓、外耳道及周围皮肤受药物及其他过敏物质刺激加细菌感染所致。

【诊断要点】

(一)常发生于小儿,多与过敏有关。

(二)自觉灼热、发痒、疼痛,侵及鼓膜则有耳鸣、耳聋等,小儿可有发热、烦躁、哭闹。

(三)病变常见于耳廓,渐侵及外耳道及耳廓周围。急性者有黄色液体渗出,干燥后形成黄痂。慢性者可有脱屑及皲裂。

【治疗】

(一)去除原因:首先要防止因痒而搔抓局部或自己用手剥除痂皮,如为中耳炎引起者应治疗中耳炎等。

(二)急性期:以棉签醮3%双氧水拭净脓痂及分泌物,然后涂以10%氧化锌油、5%白降汞软膏、氯化可的松四环素眼膏或肤轻松软膏。

(三)慢性期:用复方新霉素液局部换药,1次/d,5次为1疗程。

(四)全身治疗:

1. 抗过敏药物:苯海拉明25mg,3次/d;扑尔敏4mg,3次/d;赛庚啶25mg,3次/d,口服。维生素C 200mg,3次/d;地塞米松0.75mg,3次/d,口服。

3. 抗生素类药物:氟哌酸胶囊0.2g,3次/d;红霉素0.2g,3次/d,口服。

外耳道疖

外耳道疖是指外耳道软骨部毛囊感染所致。多为单个,亦可多发。

【诊断要点】

(一)常有手指或器械挖耳损伤史;或污水进入外耳道史。

(二)耳痛为主要痛苦。咀嚼时加重,可伴全身症状。

(三)耳屏压痛、耳廓有牵引痛,外耳道变窄,以致全堵。炎症波及乳突部时,耳廓向前上方移位。

(四)须与急性中耳乳突炎、化脓性腮腺炎鉴别。

【治疗】

(一)疖肿未成熟时用虎杖膏换药,1次/d,5次为1疗程;或2%酚甘油滴耳,每2h 1次。也可用红霉素软膏及磺胺软膏外用等。

(二)热敷或理疗,使炎症局限消散。

(三)疖肿成熟时,切开排脓。复方新霉素换药,1次/d。

(四)有全身症状或局部病变较重者,给予磺胺、抗生素等。

(五)防止外伤,戒除挖耳习惯,勿灌水入耳。

(六)耳疖反复发作者须查尿糖、血糖,以排除糖尿病。

(七)中医治法:症同前述。伴见憎寒壮热、口苦咽干,尿黄便秘、舌红、苔黄,脉弦数。治法:清热解毒、泻火利湿。方药:金银花15g、地丁15g、野菊花15g、蒲公英10g、黄芪10g、党参10g、乳香6g、没药6g、甘草6g。

(八)单验方:

1. 金银花15g、地丁30g、野菊花15g、蒲公英15g、胆草10g、赤芍10g、连翘15g、山栀9g、黄芩9g。1剂/d,水煎服。

2. 鲜野菊花叶100g,水煎服,1剂/d;或捣烂取汁滴耳疖上。

3. 鲜地丁草100g,水煎服,1剂/d。

耵聍栓塞

耵聍栓塞是指正常外耳道皮肤附一极薄的耵聍,呈淡黄色,随下颌关节运动而脱落。如耵聍逐渐凝成团,阻塞于外耳道内,称为耵聍栓塞。

【诊断要点】

(一)外耳道未阻塞时,一般无症状。完全阻塞时,可有阻塞感,听力减退。压迫耳膜时,可有耳鸣或眩晕。外耳道进入水后耵聍膨胀,可致突然耳聋。耵聍刺激皮肤可引起炎症,有肿胀、疼痛,甚至流脓。

(二)检查外耳道内有黑色或棕黑色耵聍块,质软如蜡或坚硬如石。如外耳道炎症流脓时,可使耵聍软化成酱渣样物。

(三)须与外耳道表皮栓、外耳道异物鉴别。

【治疗】

(一)较小湿而活动的耵聍可用耵聍钩、耵聍钳、镊子取出。贴近鼓膜时可用冲洗法。

(二)大而坚硬的耵聍,先用3%碳酸氢钠溶液、液体石蜡浸泡,4次/d,滴耳,3d后取出或用水冲洗出。

(三)外耳道已有炎症者,应先控制感染,用2.5%氯霉素甘油滴耳,待炎症消退再处理耵聍。

(四)耵聍取出后,若有损伤,应及时用复方新霉素换药1次,以预防感染。

鼓膜外伤

鼓膜外伤是指直接或间接的外力作用所致。可分为器械伤及气压伤。其他有颞骨纵行骨折或异物等引起。

【诊断要点】

(一)有直接或间接耳外伤病史。

(二)有耳流血、耳痛、耳鸣、耳聋,偶有眩晕等症状。

(三)检查鼓膜有不规则穿孔,穿孔边缘有血痂,耳道有血迹。如有清液流出,多为脑脊液耳漏。

(四)听力检查,多为传导性耳聋。

【治疗】

(一)禁止洗耳,禁用滴耳药。以避免中耳感染。在无菌操作下,将耳道血痂去掉拭净,用消毒棉球保护外耳道。

(二)禁止擤鼻。

(三)1月后鼓膜穿孔仍未愈合者,可用50%三氯醋酸烧伤穿孔边缘,贴以无菌的含抗生素的棉片。每周1次直到愈合。穿孔大而不愈合时,应及早进行手术修补。

(四)如并发中耳炎时,应积极采取抗炎治疗。

(五)遇有脑脊液耳漏时,可任其流出,切忌填塞,应用足量抗生素及磺胺药物预防感染,并请神经外科会诊。

大疱性鼓膜炎

大疱性鼓膜炎是指病毒感染引起的鼓膜急性炎症,病变局限于鼓膜及外耳道近鼓膜皮肤。本病好发于儿童及青年人。

【诊断要点】

(一)本病为急性病毒感染性炎症,常继发于流感,也可由强烈药物性、理化性刺激及过敏反应引起。

(二)常突然耳深部持续性剧烈刺痛或胀痛及耳内阻塞感,大疱破裂耳内流出少量血性或浆液分泌物,无脓、不臭。有时伴发热及全身不适。

(三)检查可见鼓膜或靠近鼓环之外耳道壁有灰白色、紫红色或鲜红色大疱隆起,破裂后鼓膜表面呈表浅溃疡或瘀血斑。

(四)听力减退轻微,如继发感染鼓膜穿孔也有传导性耳聋。

(五)应与急性鼓膜炎、急性中耳炎及慢性肉芽性鼓膜炎等相鉴别。

【治疗】

(一)本病有自愈倾向。主要治疗措施是清洁外耳道,减少污染,防止继发感染,全身用抗生素。耳痛严重者服镇痛剂药物。

(二)2%石炭酸甘油细纱条置入外耳道深部,以消炎止痛。1次/d,换药,5次为1疗程。

(三)血疱不吸收或疼痛甚者,可用消毒针头将大疱挑破,疼痛可缓解,用复方新霉素混悬液纱条,1次/d,换药,5次为1疗程。注意勿伤及鼓膜全层,以免发生中耳急性感染。

(四)听力检查属传导性耳聋。声阻抗检查鼓室压图呈B、C型(平坦、负压型)。

【治疗】

(一)复方麻黄素液滴鼻或喷鼻咽腔,3~4次/d。

(二)耳中热敷或理疗。

(三)全身应用磺胺类与抗生素药物可控制感染。

(四)经上述治疗鼓室积液仍未消退时,可行鼓室穿刺抽液或鼓室注药,如地塞米松2mg或α糜蛋白酶5mg,注入中耳腔,2次/周。

(五)恢复期应用鼓膜按摩、咽鼓管收张法。为预防粘连,可用强的松5mg或氟美松0.75mg,3次/d,口服。

(六)去除病因,积极治疗原发病,如鼻炎、鼻咽炎、扁桃体炎等,重视职业病的预防工作。

慢性非化脓性中耳炎

慢性非化脓性中耳炎是指急性非化脓性中耳炎治疗不当转为慢性炎症。

【诊断要点】

(一)多由于急性中耳粘膜炎反复发作或治疗不彻底所致。

(二)耳聋、耳鸣为主要症状,有缓慢的进展,并随气候变化而变化。

(三)鼓膜凹陷、粘连或呈肥厚、萎缩和钙质沉着等。鼓膜活动差。

(四)听力检查:早期呈传导性耳聋,晚期为混合性耳聋,声阻抗检查鼓室压图呈B、C型(平坦、负压型)。

(五)咽鼓管通气不良或阻塞。

【治疗】

(一)治疗致病原因,如治疗腺样体炎、鼻咽炎、鼻窦炎、扁桃体炎等。

(二)鼓膜按摩,自家收张或咽鼓管导管吹张。

(三)对鼓室积液经上述治疗无效或呈胶体样者,可注入α糜蛋白酶或鼓膜切开放置硅胶管,以恢复中耳咽鼓管功能。

急性化脓性中耳炎

急性化脓性中耳炎是指中耳粘膜的急性化脓性炎症。病变主要位于鼓室。致病菌以球菌为主。本病较常见,好发于儿童。

【诊断要点】

(一)常为急性中耳粘膜炎时,病原菌侵入继发感染所致。

(二)发冷或发热,白细胞升高,儿童较成人严重。

(三)耳剧痛,呈跳痛、撕痛或钻痛,伴耳聋、耳鸣、头痛,鼓膜穿孔出脓后,则耳痛骤减,体温下降。

(四)检查:鼓膜外凸,充血潮红,鼓膜紧张部穿破后脓液经小穿孔搏动性溢出。乳突部压痛。

(五)听力检查为传导性聋。

(六)注意有无颅内、外并发症。

【治疗】

(一)复方麻黄素液滴鼻或喷鼻咽腔,3—4次/d。

(二)鼓膜未穿孔前用2%酚甘油换药,1次/d,5次为1疗程。

(三)鼓膜穿孔后用抗生素液滴耳或做脓培养,依药敏试验结果,选用抗生素。脓量多时,在滴药前,用3%双氧水清除之。

(四)全身应用抗生素或磺胺类药物。

(五)经上述治疗耳痛未减、高热不退、鼓膜隆起明显或疑有并发症时,应行鼓膜切开。已穿孔而排液不畅时,应扩大切口,吸出脓液,通畅引流。

(六)治疗致病原因,及预防并发症。

慢性化脓性中耳炎

慢性化脓性中耳炎是指中耳粘膜、骨膜或骨质的慢性化脓性炎症,常与慢性乳突炎合并存在。临床特点为流脓、鼓膜穿孔及听力下降。可引起严重的颅内、外并发症而危及生命。

[诊断要点]

(一)常因对急性中耳炎处理失时或不当所致。

(二)长期耳流脓为主要症状,脓液的颜色、性质、量、有无臭味等,视中耳炎类型和时期而不同,故要注意鉴别其类型。同时伴有耳鸣、听力下降。

(三)鼓膜穿孔,单纯型者多位于紧张部中央性穿孔,有粘脓、不臭。胆脂瘤型者多位于松弛部或后上边缘穿孔,脓恶臭,有白色胆脂瘤鳞片,有骨质破坏;骨坏死型者多位于边缘性穿孔或紧张部大穿孔,脓臭,有肉芽或息肉,有骨质破坏。

(四)听力检查为传导性耳聋。

(五)出现头痛、高热、恶心、呕吐及眩晕等症状时,常是颅内、外并发症的信号,应明确诊断,及早治疗。

[治疗]

(一)清除鼻咽病灶。

(二)单纯者采用局部清洁给药法,化脓期应根据脓培养选择应用抗生素。脓多时应先用3%双氧水清除后再给药。恢复期,给予酒精制剂滴耳,促使鼓室干燥,如用2.5%氯霉素甘油、4%硼酸甘油,0.5%~1%新霉素酒精或复方新霉素液滴耳。耳流脓停止1~2月、咽鼓管通畅者,

可考虑行鼓室成形术。

(三)骨疡型和胆脂瘤型,须施乳突根治术或上鼓室开放术。

(四)鼓膜中央性穿孔者,也可采用50%三氯醋酸烧灼法封闭穿孔。

耳源性并发症

耳源性并发症是指中耳炎及乳突的化脓性炎症,可产生多种颅内、外并发症。重者危及生命。是耳鼻喉科常见的危重症之一。

【诊断要点】

(一)急性或慢性化脓性中耳炎发生,故多有流脓史,部分患者于发病前常出现流脓突然增多、骤减或停止等异常现象。

(二)患者几乎都有明显阵发性进行性头痛、耳痛、高热、恶心、呕吐、面瘫、眩晕及神志改变等。均应考虑有并发症的可能性。

(三)脓多恶臭。乳突部多有红肿压痛或有瘢痕、瘘管存在。外耳道若被肉芽堵塞则妨碍引流。

(四)X线拍片常发现骨质破坏。

(五)脑脊液检查:压力升高,细胞数增多,糖含量变化。

(六)眼底出现视乳头水肿或充血。

(七)脑脓肿患者精神多淡漠或昏迷。脉搏、体温反较一般为慢而低。小脑脓肿常有指鼻试验不准、共济失调等阳性占位性病变体征。

【治疗】

(一)应用足量磺胺类及其他广谱抗生素药物。

(二)手术治疗,并发急性中耳乳突化脓性炎症者,应施单纯乳突凿开术;慢性化脓性中耳炎者应行乳突根治术;有颅内并发症者,施颅内探查术或脓肿引流术。

(三)根据不同的并发症,采用不同的治疗方案。

(四)中医治疗:

1、风热侵袭:耳痛,听力减退,鼓膜松弛部及锤骨柄充血或弥漫性充血,鼓膜紧张部中央穿孔,脓液闪耀而出,与脉息搏动一致,脓液黄稠牵丝,伴恶风发热,头痛,舌边尖红、苔薄,脉浮数。治法:疏风散热、解毒通窍。方药:金银花、连翘、荆芥、薄荷、牛蒡子、柴胡、栀子、蒲公英、鱼腥草、夏枯草、赤芍、蒲黄。

2. 肝胆郁热：耳流黄脓，耳内胀满堵塞感，听力下降，头晕耳鸣，鼓膜穿孔，中耳粘膜充血水肿，舌红、苔黄或黄腻，脉弦或弦数。治法：清利肝胆，解毒排脓。方药：龙胆泻肝汤加桃仁、花粉、薏苡仁。

3. 肝胆湿热：耳痛，听力下降，鼓膜充血，紧张部穿孔，边缘见有肉芽，脓液黄稠，具有腥气，闪耀涌出。伴头痛，口苦咽干，面红目赤，胃纳不佳，便结尿黄，舌红、苔黄腻，脉弦数。治法：清利肝胆，解毒排脓。方药：龙胆泻肝汤加知母、黄柏、苍耳子、辛夷。

4. 肺脾气虚：耳内流脓缠绵日久，时轻时重，反复发作，量多面清稀，其如水样，无臭味，听力明显减退，鼓膜穿孔，多呈中央性大穿孔，伴头晕头重，纳差，舌淡胖、苔白润，脉濡弱。治法：健脾渗湿，托毒排脓。方药：人参、川芎、当归、白芍、白术、金银花、茯苓、白芷、皂刺、甘草、桔梗、黄芪。

5. 肾元亏损：耳内流脓，日久不愈，时流时止，反复发作，脓量不甚多，脓液污秽成块状，有臭味，耳鼓膜穿孔可在不同部位，但多在边缘部或松弛部、大小不定，兼有头晕眼花，腰膝酸软，舌淡、苔少，脉细数或沉细。治法：培补肾元，去湿化浊。方药：肾阴虚者如知柏地黄丸；肾阳虚者用桂附八味丸。

（五）针灸治疗：

1. 体针：风池、翳风、听宫、合谷、外关、足临泣、耳门、听会、中渚、阳陵泉、足三里、三阴交，每次选穴2～3穴。

2. 耳针：肾、内耳、内分泌、枕、外耳、耳背第2条血管，1次/d。

3. 灸法：取翳风穴、艾灸，每次10～15min为1疗程，1次/d。

耳源性面神经麻痹

耳源性面神经麻痹是由于耳部疾病或手术损伤所引起的末梢性面神经麻痹。

【诊断要点】

（一）本病是多发生于急慢性化脓性中耳炎及其并发症，少数由耳部手术损伤、颞骨骨折、面部外伤、耳带状疱疹、颞骨内肿瘤、外耳及中耳畸形等病变引起。

（二）症状依病因、损伤部位及程度而异，起病突然或缓慢，除原发症状外，主要感觉患侧面部运动障碍或异常。如咀嚼时食物滞留于患侧齿

颊部或饮水时从患侧口角流出，有其他颅神经症状。

（三）检查可见不同程度的周围性面瘫表现，早期面部主要表情运动不对称。患侧不能举眉，额纹消失，睑裂增大不能闭合，鼻唇沟变浅或消失，嘴歪向健侧，闭唇鼓气时患侧口角漏气；晚期患侧面肌萎缩，出现结膜炎或角膜干燥现象。

（四）常用流泪试验、颌下腺流量测定及镫骨肌反射试验，判断面神经损伤部位。病变位于膝状神经节与镫骨肌神经之间者常有面部汗腺功能受阻、听觉过敏及舌前2/3味觉丧失；位于镫骨肌神经与鼓索神经之间者，无听觉过敏，其余表现同前；位于鼓索神经远侧者，无听觉过敏及味觉改变，但有面部汗腺功能受阻表现。

（五）酌情进行颞骨或乳突X线照片、听力、前庭功能及CT检查，帮助判明面瘫原因。

（六）面瘫10～14d进行电反应试验，以确定病变程度为无变性反应、部分变性反应、完全变性反应或绝对变性反应。

（七）依据症状分析确定面神经损伤部位。须与面神经中风（贝尔麻痹）鉴别。

【治疗】

（一）去除病因、清除病灶。因急性炎症引起水肿而致面瘫者，以保守疗法为主，积极控制炎症，消水肿。

（二）血管扩张剂疗法：培他啶8mg、烟酸100mg或复方丹参3片，3次/d，口服。

（三）大剂量激素治疗：强的松5～15mg或地塞米松0.75mg，3次/d，口服。

（四）手术疗法：经治疗2～3个月无效，应行面神经减压术或改道缝合术或神经移植术。

梅尼埃病

梅尼埃病是指内耳膜迷路积水所致的，以突然发作性眩晕、波动生耳聋和耳鸣、耳内胀满感为主要症状的内耳非炎性疾病。多见于中年男性，多为单侧患病。

【诊断要点】

(一)病因尚不很明了的呈发作性眩晕,伴耳鸣、耳聋、耳内胀闷等一系列前庭耳蜗症状特点的疾病。

(二)发病时意识清楚,发作持续数分钟至数小时,长者可达数周,症状缓解,经数年可再发,故需详问病史。

(三)眩晕多突发、视物呈旋转性,但有的人感自身升降或旋转。

(四)眼震:眩晕发作时可见眼球震颤,故发病时患者常闭目,起立时失去平衡,前庭功能检查一般降低,伴恶心、呕吐,不能进食。

(五)耳鸣:一般单侧耳鸣,多在眩晕发作前出现。

(六)耳聋:属感音性神经性耳聋。

(七)检查外耳道及鼓膜正常。甘油试验阳性。

【治疗】

(一)一般以调节植物神经功能,改善耳蜗微循环和解除膜迷路积水为主。但应卧床休息,低盐饮食,解除患者思想顾虑。

1. 镇静剂:安定 2.5～5mg、利眠宁 10mg、异丙嗪 25mg 或苯海拉明 50mg,3 次/d,口服。

2. 血管扩张剂:抗眩啶 8mg、地巴唑 30mg、眩晕停 25～50mg 或脑嗞嗪 25mg,3 次/d,口服。低分子右旋糖酐 500ml、复方丹参 8 支、5% 碳酸氢钠 80～150ml,1 次/d,静脉滴注。

3. 脱水剂:醋氮酰胺 250mg,1 次/d;氯塞酮 50mg,2 次/d,口服。

4. 颈部星状神经节封闭。

5. 维生素 $B_2$10mg,3 次/d,口服。

6. 激素类:强的松 5mg,3 次/d;或地塞米松 0.75mg,3 次/d,口服。

(二)经保守治疗不能控制眩晕、生活不能自理、听力损失严重者,可行手术治疗,如内淋巴囊分流术、前庭神经切断术、球囊减压术或膜迷路破坏术。

(三)中医治疗:

1. 髓海不足:眩晕时心下悸动,发作时耳鸣较甚,听力减退明显,精神萎靡,腰膝酸软,心烦失眠,多梦,手足心热,舌质红、苔少,脉弦细数。治法:滋阴补肾,填精益髓。方药:杞菊地黄丸加石决明、牡蛎、白芍、首乌。

2. 心脾两虚：眩晕，发作时面色苍白，神疲嗜睡，表情淡漠，唇甲不华，食少便溏，懒言，动则喘促，心悸，舌质淡白，脉细弱。治法：补益气血，健脾安神。方药：归脾汤合八珍汤。

3. 寒水上犯：眩晕时心下悸动，恶寒，肢体不温，咯痰稀白，腰痛背冷，精神萎靡，夜尿频而长，舌质淡、苔白润，脉沉细弱。治法：温肾壮阳、散寒利水。方药：真武汤加细辛、桂枝、巴戟天。

4. 肝阳上扰：眩晕每因情绪波动而发，急躁心烦、面赤、头痛、口苦咽干，胸胁苦满，少寐多梦，舌质红、苔黄，脉弦数。治法：平肝熄风，滋阴潜阳。方药：天麻钩藤饮加龙骨、牡蛎。

5. 痰浊中阻：眩晕而觉头额胀重，胸闷不舒，恶心，呕吐，痰涎多，心悸，纳呆倦怠，舌苔白腻，脉濡滑或兼弦。治法：健脾燥湿，涤痰熄风。方药：半夏、白术、天麻、陈皮、茯苓、生姜、甘草、大枣、蔓荆子。

(四)针灸治疗：

1. 体针：痰湿中阻取风池、头维、中脘、丰隆、内关、阴陵泉。肾阴不足取风池、百会、肾俞、太溪、太冲。

2. 耳针：肝、肾、皮质下、神门、内耳。1 次/d，也可用压丸法。

3. 头针：取晕听区、平衡区。1 次/d。

4. 灸法：百会穴，用艾条悬灸 5～10min，1 次/d，10d 为 1 疗程。

(五)贴敷：吴茱萸(胆汁拌制)100g、龙胆草 50g、土硫黄 20g、朱砂 15g、明矾 30g、小蓟根汁适量，先将 5 味药研细末，加入小蓟根汁，调成糊状，贴敷于神阙、涌泉穴上，每穴用 10～15g，上盖纱布，胶布固定。每 2d 换 1 次，1 月为 1 个疗程。

(六)单验方：

1. 牛膝 30g、天麻 9g、陈皮 12g，水煎服，1 剂/d。适用于肝风挟痰浊上扰。

2. 桑叶 9g、白蒺藜 6g、菊花 6g、决明子 9g、法半夏 9g、陈皮 6g、茯苓 9g、竹茹 9g、枳壳 6g、甘草 6g。水煎服，1 剂/d。适用于痰浊中阻。

耳　聋

听觉系统中传音、感音或综合分析部分的功能异常，致使听力有不同程度的减退，则称为耳聋。

【诊断要点】

(一)传导性聋：

1. 常见病因有外听道闭锁、耵聍栓塞、咽鼓管阻塞、鼓膜穿孔、鼓室硬化和耳硬化等。

2. 听力检查呈传导性听力障碍。

(二)感音性神经性耳聋：

1. 包括老年性聋、耳药物中毒、爆震和噪声损伤、急性传染病所致内耳炎症、突发性聋和聋哑症等，耳聋程度往往较严重。

2. 鼓膜正常。

3. 听力检查呈感音性神经性听力障碍。

【治疗】

(一)传导性耳聋、根据病因进行不同治疗。

(二)感音性神经性耳聋：

1. 神经营养药：如维生素 B 族药。低分子右旋糖酐 500ml 加三磷酸腺苷 60mg 或辅酶 A 100u，1 次/d，静脉滴注。

3. 血管扩张剂：烟酸 50～100mg、培他啶 8～16mg 或复方丹参 3 片，3 次/d，口服；泛影葡胺 10～20ml，1 次/d，缓慢静推。

4. 高压氧或混合氧(95% O_2 + 5% CO_2)、体外反搏等治疗，可增加微循环血流和血氧。

5. 中药治疗：川芎或川芎嗪注射液、复方丹参注射液，肌注或静脉滴注。

6. 配戴助听器。

7. 装置电子耳蜗，配合语言训练和唇读，可恢复部分语言交流能力。

(三)中医治疗：

1. 风热侵袭：耳鸣、耳聋、耳内憋胀和阻塞感较明显；或伴头痛、口干，苔薄白，脉浮数。治法：疏风清热，散邪通窍。方药：银翘散加减。

2. 肝火上扰：耳鸣耳聋突然发作，耳鸣如闻潮声、风雷声；或伴见头痛，眩晕，面红目赤，口苦咽干，或夜寐不安，烦躁不宁，急躁易怒，大便秘结，小便黄，舌红、苔黄，脉弦数有力。治法：清肝泻热，开郁通窍。方药：龙胆泻肝汤加石菖蒲、香附、蔓荆子。

3. 痰火壅结：耳内鸣响如闻呼呼声，头昏沉重，耳内憋塞；或伴见胸

闷脘满，咳嗽痰多，口苦或口淡，二便不畅，舌红、苔黄腻，脉弦滑。治法：清火化痰，和胃降浊。方药：二陈汤加黄芩、黄连、胆南星、全瓜蒌。

4. 肾精亏虚：耳鸣如蝉，昼夜不息，夜间较甚，伴虚烦失眠，头晕目眩，腰膝酸软，食欲不振，舌红、少苔，脉细弱或细数。治法：补肾益精，滋阴潜阳。方药：六味地黄汤加减。

5. 脾胃虚弱：耳聋劳作后更甚，耳内有发凉或空虚感，伴倦怠乏力，纳少，食后腹胀，大便时溏，面色萎黄，唇淡，苔薄白，脉虚弱。治法：健脾益气，升阳通窍。方药：补中益气汤加石菖蒲、葛根。

（四）针灸治疗：

1. 体针：取耳门、听宫、翳风、健耳、中渚为主穴。风热者加风池、曲池、合谷、外关；气虚者配脾俞、足三里；肾虚者加肾俞、太溪。

2. 耳针：耳、内耳、枕、肾、神门、内分泌、肾上腺、皮质下。每次选3～4穴，每日或隔日1次，10次为1疗程。

3. 头针：取晕听区，捻转进针，得气后用电针仪通电15～20min。

（五）推拿疗法：

1. 肝胆火盛：患者坐位，双手拇指点按肝俞、胆俞、揉拿三阳经，点按合谷穴，三指推拿头部，点按风池、翳风，率谷，施加指开宫法；嘱仰卧、提拿足三阴经，点按阳陵泉、行间、三阴交、太溪。

2. 痰火郁结：患者坐位，双手拇指点按大肠俞、肺俞、三焦俞、胆俞、搓运夹脊；嘱仰位，以双手掌指分另于左右胸部分推，点按膻中，提拿足三阴经，点按侠溪、阳陵泉、丰隆、三阴交。

3. 肾精亏虚：患者坐位，以双手拇指点按肾俞、脾俞，施双指开宫法；嘱仰卧位，双手掌交叉重叠，平放于患者腹部，施用内劲，运而动之，颤而振之，点按关元，提拿足三阴经，点按太溪穴。

（六）穴位注射：取翳风、翳明、听宫、四渎。每次选穴2～3穴，每穴注入5%当归液0.5～1ml。（也可用维生素B_1注射液，维生素B_{12}注射液，1次只能用1种药物穴位注射）。隔日治疗1次。

（七）熏蒸疗法：艾末30g，磁石20g烧灰，煅珍珠0.5g，麝香少许。用黄蜡溶化摊纸上，将药卷入成筒状，烧熏患耳，气通后用艾绒塞耳避风。适用于耳闭暴聋。

（八）单验方：

1. 金樱子、黑芝麻、五味子、寮刀竹、阔叶十大功劳各 30g，水煎服，1 剂/d。

2. 磨盘草(又名耳响草)30～60g，水煎服，1 剂/d。

特发性突聋

特发性突聋为瞬息间突然发生的重度感音神经性聋，患者多能准确提供发病时间、地点、当时的情况与感觉等。

【诊断要点】

(一)本病为原听力良好或健康耳，突然发生原因不明的重度感觉神经性耳聋，发病前多有劳累、紧张及受凉等诱因。

(二)发病年龄多在 30～50 岁，10 岁以下少见，多一侧发病，两侧者可同时或不同时发病。1 次发病后很少再发。

(三)主要症状是突发性重度耳聋或原有听力突然明显降低，常伴耳闷、非反复性眩晕或旋转性眩晕及恶心、耳鸣。耳周围沉重感、麻木感。

(四)检查鼓膜大多正常，如发生在中耳炎等患者则有这些病的相应体征。

(五)听力检查：患者听力曲线呈高频、低频、高低频及完全性感觉神经性聋，双耳平衡响度试验和短增量敏感试验不同程度的重振现象，必要时做 ERA 检查。

【治疗】

(一)禁用耳毒性药物。

(二)病因治疗：及时尽早应用血管扩张剂、降低血液粘稠度的药物，维生素 B 族、能量制剂、抗病毒及抗过敏药物等治疗。

(三)高压氧治疗。

外耳道乳头状瘤

外耳道乳头状瘤是指发生于外耳道软骨部皮肤的良性肿瘤，是其鳞状细胞或基底细胞层增殖的结果。

【诊断要点】

(一)本病由慢性刺激和病毒感染引起，多发生在外耳道软骨段皮肤，有恶变倾向。

（二）瘤体小时仅感耳内发痒，挖耳后有微量出血或挖出米粒状肉柱；瘤体大时引起听力减退；继发感染后则有炎性症状。

（三）检查可见外耳道软骨段皮肤有基底较广、大小不一、表面不平的乳头状或桑椹状新生物，触之不易出血；继发感染后外耳道皮肤红肿或有血性脓液。

（四）乳头状瘤增殖快，破坏性强，可侵及中耳及乳突部，必要时应照X线片。

（五）活检可确定诊断。

（六）注意与外耳道息肉、癌肿相鉴别。

【治疗】

（一）彻底切除是唯一有效的办法，若有感染者应先控制炎症。

（二）肿瘤极易复发，故术后要用硝酸银、鸦胆子油或干扰素等涂布创面；或者电灼、冷冻基底部。

（三）病变累及中耳及乳突者应行中耳乳突探查根治术。

（四）病检有恶变者应加以放疗。

中　耳　癌

中耳癌较少见，可为原发，亦可继发于外耳道、鼻咽、颅底或腮腺等处，以鳞状细胞癌较多，肉瘤极少。

【诊断要点】

（一）患者多有中耳慢性感染史。癌肿可原发于中耳，亦可由外耳、鼻咽、颅底等处的癌肿侵及或转移至中耳。

（二）多发生在40～60岁之间，男性较多，鳞癌最常见。

（三）症状因病变早晚、部位及侵蚀方向不同极不一致，早期有血性耳漏、耳聋、耳鸣、放射性耳痛及耳内发胀；晚期有眩晕、张口受限、耳痛增重及第5、6、9、10、11、12颅神经受累等症状；面瘫出现可早可晚。继发性或转移癌肿则有原发灶部位或器官受累症状。

（四）检查多数可见中耳腔或骨性外耳道后壁有肉芽或息肉样组织生长，可同时存在感染，触之易出血。有时鼓膜并无穿孔但正常标志不清。晚期有耳周软组织受侵润及局部或颈部淋巴转移肿大，基础有内脏或骨骼转移灶体征。

（五）乳突、颅底X线照片显示癌肿破坏部位及范围。

（六）活检组织或外耳道分泌物脱落细胞检查，可确定性质及癌肿类型。

[治疗]

（一）贵在早期诊断、早期治疗。治疗以手术切除加术前或术后放疗为主。

（二）早期可施扩大乳突根治术。

（三）晚期行颞骨次全切除术或全切术。

（四）不宜手术者可行单纯放疗或化疗。

第十章　口腔科

第一节　治疗技术

拔牙麻醉

拔牙手术，必须依靠良好的局部麻醉，保证患者术中无痛，才能顺利完成手术。拔牙时的麻醉方法很多，如针刺麻醉、指压麻醉、冷冻麻醉和激光麻醉等，但最常用的是药物注射麻醉。最常用的麻醉剂为2%普鲁卡因、2%肾上腺素普鲁卡因。这里主要介绍药物注射麻醉。

口腔内浸润麻醉

【适应证】

(一)适用于拔上颌中切牙、侧切牙、尖牙和双尖牙。

(二)适用于拔下颌切牙和尖牙。

【操作方法】

(一)将唇(颊)部拉开，充分暴露手术区，在上(下)颌牙槽部术区的唇颊沟处用1%碘酒消毒。

(二)持备好麻药的注射器，将针尖刺入粘膜下，使针与粘膜表面约成45°进针至相当于牙根尖端水平时注射麻药1.5～2ml，待3～5min后即可产生麻醉效果。

【注意事项】

(一)舌(腭)侧也应注射麻药。

(二)如将麻药注入骨膜下，其麻醉效果更好。

下牙槽神经阻滞麻醉

【适应证】

适用于拔除下颌所有牙齿。

【操作方法】

(一)患者取坐位,口张大,使下牙𬌗面与地面平行。

(二)术者左手用口镜将术侧口角及颊部拉向外侧,暴露上下颌磨牙后部之颊脂垫及翼下颌韧带,1%碘酒局部消毒。

(三)右手持注射器从对侧双尖牙区呈水平方向,直刺翼下颌韧带外侧之颊脂垫尖部。如颊脂垫不明显,可于下牙𬌗面上方1.0cm处进针直达骨面,其深度为2.0~2.5cm。回抽无血后注射麻醉液2.0ml左右,以麻醉下牙槽神经。

【注意事项】

麻醉下牙槽神经后,应退针约1.0cm,再注射麻药约1.0ml,以麻醉舌神经,退针至粘膜时拐向外侧稍稍推进,再注射麻药少量,以麻醉颊神经。也可采用边进针边注射的方法,达到麻醉上述3支神经的目的。同时免除进针之痛。

上牙槽后神经麻醉

【适应证】

拔除上颌磨牙($\frac{876|678}{}$)。

【操作方法】

(一)患者取坐位,头后仰,张口时上牙𬌗平面与地面呈45°~60°角。

(二)麻醉区常规消毒。让患者半张口,放松口唇,用口镜拉开术侧口角,暴露上颌磨牙区前庭沟。

(三)在上颌第2磨牙远中前庭沟处进针,使注射器与上牙𬌗平面成45°角,向上、向后推进,同时将注射器外转,使针尖紧贴骨面,向上、后、内方向推进2.0~2.5cm,即达上牙槽后神经孔附近,回抽无血后,注射麻醉剂约2ml,3~5min,即可出现麻醉效果。

【注意事项】

（一）上牙槽后神经不支配上颌第1磨牙颊侧近中根，故拔除$\frac{6|6}{}$时，应在其颊侧近中根之龈颊沟处做浸润麻醉（方法见口内浸润麻醉）。

（二）无上颌第3磨牙时，麻醉进针点应前移1个牙的距离。

（三）拔上颌磨牙时，应同时麻醉腭前神经。方法：嘱患者张大口，在上颌第2磨牙腭侧龈缘至腭中缝连线中点进针，注射药量不得超过0.5ml，以免引起患者恶心、呕吐。

牙拔除术

【适应证】

（一）龋齿致牙体缺损过多，不能修复治疗者。

（二）牙根尖周病变不能用根管治疗方法或根尖手术切除治愈者。

（三）重度牙周病，不能用保守治疗治愈者。

（四）错位及多生牙有碍咀嚼功能或美观，以及可导致牙龋损或牙周病者。

（五）阻生牙一般应早期拔除，但全部埋于骨组织内而无临床症状时，可暂予保留，但须定期观察。

（六）折裂牙无法修复者。

（七）位于骨折线上的牙齿一般应拔除，但有利于骨折固定者，应暂时保留。

（八）有碍托牙修复的牙齿。

（九）乳牙滞留，同时影响恒牙萌出及排列者。

（十）疑为病灶的牙。

（十一）恶性肿瘤在放射治疗前位于照射区的病牙。

（十二）无对𬌗功能的牙齿，可能或已发生伸长、食物嵌塞或邻面龋等不良影响者。

（十三）正畸要求减数的牙。

【操作方法】

牙齿是与牙龈、牙周膜及牙槽骨牢固地连在一起的，拔牙时必须将其完全分离，扩大牙槽窝后才能拔出病牙。因此，医生要认真负责，操作要

细致、轻巧，尽量减少组织损伤和其他并发症，减轻患者痛苦，其主要步骤是：

（一）分离牙龈，在拔除牙齿前，先用牙龈分离器沿龈缘插入龈沟内至牙颈部，直抵牙槽嵴，使牙龈与牙颈部分开，以防止拔牙时撕裂牙龈以及与其相连的软组织。

（二）撬松牙齿：选合适的牙挺，由近中插入牙颈部和牙槽骨之间，以牙槽嵴为支点，向远中殆面方向转动牙挺，逐渐撬松病牙，再用牙钳拔除。松动牙可免用牙挺。

（三）安放牙钳：选择合适的牙钳，将钳嘴分别从病牙的唇（颊）侧及舌（腭）侧插入已完全分离并撬松的病牙的牙龈间隙内，并向根尖方向推压，钳嘴直抵牙槽突缘，紧握牙钳柄，将牙齿夹牢，并使钳嘴的长轴与牙齿的长轴在同一直线上。

（四）侧向摇动：摇动的目的在于撕裂牙周膜纤维，扩大牙槽窝，使牙齿松动、脱位。此法多用于扁根的下前牙、上下颌双尖牙和磨牙。

（五）扭转：在上述安放好牙钳的基础上，紧握钳柄向顺时针的方向旋转。此法只用于牙根呈圆锥形的上殆前牙。

（六）拔出牙齿：牙齿经充分摇动或扭松后，应顺阻力最小的方向拔，且不能用力过猛，以免发生根折；或因用力控制不稳击伤对颌牙齿或邻牙。

【注意事项】

（一）对有内科系统疾病，如高血压、心脏病、血液病、糖尿病、急性肝炎等患者，应根据病情禁止拔牙或暂缓拔牙。

（二）妊娠早期（3个月以内）或晚期（7个月后）、月经期应延缓拔牙。

（三）恶性肿瘤区域内的病牙，除配合治疗外，严禁拔除。

（四）急性炎症期，一般应待急性炎症控制后再拔牙。如拔牙后有利于引流及消炎，也可早期拔牙，但应做全面检查和给有效抗生素治疗。

（五）及时处理拔牙中、拔牙后并发症，如断根及时拔除、软组织损伤及时缝合，拔牙后出血要查明原因、及时处理等。

（六）交待拔牙后注意事项，咬紧拔牙创面上的棉塞半小时后，再慢慢吐出，手术当日不要刷牙、漱口，不要用手摸。缝合伤口者，5～7d拆除缝线。

龋齿的充填治疗

充填治疗的目的在于，除去病变组织，防止龋病的发展，恢复牙齿的形态和功能。

【适应证】

适用于中龋（牙本质浅层龋）和深龋（牙本质深层龋）。

【操作方法】

（一）洞型制备原则：

1．去龋腐质，保留硬化牙本质。

2．洞壁形成在正常的牙本质上，避免倒悬釉质，注意保留牙尖和边缘嵴，还应做成不带锐角的圆弧形，以免充填物折裂。

3．所制备的窝洞应有适当的固位形和抗力形。固位形是要有使充填物不易从洞内脱落的形状。原则上应做成底平壁直的盒形。根据洞型的不同，还应做一些辅助固位形状，如单面洞可用倒锥钻做成倒凹，复面洞可做鸠尾形等。抗力形是指使充填物能承受咀嚼压力而不致破坏的形状。窝洞应在牙本质上，要有一定深度，边缘无牙本质支持的倒悬牙釉质均应磨去。洞缘不能建立在牙尖和嵴等受力最大的区域。

4．根据上述原则可选用大小不一、种类不同的钻头做洞。

（二）口内防湿：

1．简便常用的防湿法是将吸水棉卷（球）放在被治疗牙齿的唇（颊）、舌侧及腺体导管开口处。用小棉球吸去牙面及窝洞内水分，用气枪吹干，即可进行各类充填。

2．吸唾器防湿：吸唾器是牙科综合治疗机上特有的装置，直接放于口内，利用机器或水流的负压将唾液吸出。

（三）充填治疗：

1．在防湿状态下行窝洞消毒，常用的消毒药物有麝香草酚酒精、樟脑酚、丁香油、75%酒精等。以小棉球蘸所选药物放置洞内1～2min，然后以热空气吹干。

2．垫基底：

（1）浅洞可不做基底。

（2）中等深度的洞，可用磷酸锌粘固粉做基底，颊面或牙颈部洞也可

用氧化锌丁香油粘固粉做基底材料。

(3)深洞需用氧化锌丁香油粘固粉、磷酸锌粘固粉做2层基底。

(4)用羧酸酯粘固粉时,则各部位的深洞只需做1层基底。

(5)乳牙各种深度的洞,不管用何种基底料,均可做1层。

(6)洞基凝固者必须修成盒形,洞基绝不允许暴露于洞缘,以免水解后形成裂隙,引起继发龋。

3. 银汞合金充填:把适量合金粉与汞放在研磨器中研磨均匀或用自动银汞调和器调和,用细布揉擦,挤出多余的汞,在防湿条件下,分次输入洞内,压紧,使与洞壁密合。3～5min开始雕刻外形。邻面复合洞应先放置成形片,并插入楔子,以免填料出现悬突或落入龈沟内。初步雕形后,再轻轻抽出成形片。去除牙间隙中残余的银汞合金,修整龈缘使之密合。

【注意事项】

(一)嘱患者2h后进食,1～2d内避免用病牙咀嚼。

(二)24～48h后可磨光。

牙本质过敏脱敏治疗

【适应证】

(一)唇、颊面牙颈部较浅的楔状缺损,表面光滑坚硬,牙本质暴露,对温度或酸甜刺激敏感。

(二)在生理或病理的条件下咀嚼过程中,前牙的切端和后牙的𬌗面因长期频繁摩擦而发生磨损,该区釉质变薄、牙本质暴露而引起的感觉过敏。

(三)牙齿硬组织长期与酸接触而引起的酸蚀症。

(四)牙周治疗后,牙龈萎缩、牙根暴露,而使牙齿对温度或化学刺激过敏。

(五)小块牙釉质折裂,磨光做脱敏治疗即可。

【操作方法】

常用脱敏药物用法介绍如下。

(一)75%氟化钠甘油糊剂:先擦干牙面,以本制楔子尖蘸药于过敏处,摩擦1～2min,每隔1～2d进行1次。可增强牙体硬组织抗酸能力,降低对刺激的敏感性,以达脱敏效果。

（二）硝酸银脱敏：适用后牙船面过敏。先擦干敏感区，隔离唾液，涂硝酸银，用温热空气吹干，再用丁香油还原至呈黑色，反复数次即可　也可用碘酒还原至呈白色沉淀物，反复数次。

（三）医用胶脱敏：新乡医学院一附院口腔科与西安医用胶研究室研制生产的口腔医用快速强力粘合剂（简称特种强力胶），适用于牙齿各部位敏感区的脱敏治疗。方法：防湿条件下擦干过敏区，滴1滴特种强力胶于患处，待胶凝固后，即可达立竿见影之效。

（四）大蒜脱敏：用新大蒜去皮、洗净、切成片，直接在过敏区反复摩擦2～3min，每隔2～3d进行1次，3次后即可见效。如将所切蒜片浸入75%酒精内1周后使用，效果更好。

【注意事项】

用硝酸银脱敏时，勿蘸药液过多，以免烧伤口腔内牙龈或粘膜。

牙髓病及根尖周病治疗术

一、安抚治疗

将有消毒镇痛作用的安抚剂，直接封入已制备好的窝洞中，以控制炎症发展和保护牙髓的方法为安抚疗法。

【适应证】

急性牙髓炎充血阶段和浆液性牙髓炎早期。

【操作方法】

（一）防湿条件下，去净龋蚀牙本质。

（二）将有消毒镇痛作用的丁香油或樟脑酚小棉球放入窝洞中。

（三）用氧化锌丁香油粘固粉暂封。

【注意事项】

（一）如症状好转，1周后更换药物待症状消失。

（二）如症状消失，1周后可酌情做充填或盖髓术。

（三）如症状发展，可酌情做活髓切断术、干髓术或牙髓摘除术。

二、盖髓术

盖髓术是用药物保护即将暴露的牙髓（间接盖髓术）或已经暴露的牙髓（直接盖髓术），以促使继发牙本质形成，保存牙髓活力方法。

【适应证】

(一)深龋已接近牙髓,龋蚀牙本质已去净。

(二)健康牙髓的意外穿髓。

(三)急性牙髓炎初期,经安抚治疗症状消失者。

【操作方法】

(一)做好防湿及消毒。

(二)去净龋蚀牙本质,修整洞形。

(三)以樟脑酚或25%～50%麝香草酚酒精消毒窝洞,尽可能勿使药物与暴露的牙髓接触。

(四)如有出血,应用无菌小棉球吸去。

(五)将选好的盖髓剂调成稠糊状,放入近髓或已穿髓的洞底,约1mm。

(六)做双层基底,然后进行永久性充填(方法见充填治疗)。对不宜立刻充填者,应暂封,观察1周或更长时间,再完成永久性充填。

【注意事项】

如继发牙髓炎症状,可酌情做活髓切断术或牙髓切除术。

三、活髓切断术

活髓切断术是切除髓腔内牙髓,保留根管内生活牙髓的手术。

【适应证】

(一)急性牙髓充血和浆液期牙髓炎,未波及根髓者。

(二)根尖未形成的恒牙。

(三)活髓牙牙冠缺损过多,须利用髓室固位来修复牙冠者。

(四)根管狭窄或明显弯曲,不宜采用去髓术者。

【操作方法】

均应在严密防湿、消毒和局部麻醉下进行手术操作。

(一)机械切髓法:为传统治疗方法。

1.用2%盐酸肾上腺素普鲁卡因或2%利多卡因做局部浸润或传导麻醉。

2.去净龋蚀牙本质、修整洞形,消毒窝洞。

3.裂钻开髓,揭髓顶,用锐利刮匙或大圆钻切除髓室内牙髓组织,并尽量减少对根髓损伤。

4. 温生理盐水冲洗，无菌小棉球吸干，放足量盖髓剂，轻轻加压，使之与牙髓断面严密接触，氧化锌丁香油粘固粉垫底，磷酸锌粘固粉充填，观察4～6周。待症状消失、牙髓电活力测试阳性后，做永久性充填，定期复查。

（二）化学去髓法：常与机械法合用，不同点是用次氯酸钠溶解整理断面，然后放盖髓剂，垫底，一般充填。

（三）电刀去髓法：常规备洞、消毒、揭髓顶，机械切断冠髓，再用电刀的尖端放在根管口牙髓断面4～5min，反复3～4次即可止血。生理盐水冲洗，活髓保存剂盖于根髓断面，常规垫底，暂时充填，观察3月后再做永久性充填。

【注意事项】

（一）要选择好适应证（年轻恒牙成功率较高）。

（二）手术过程中要严密防湿，注意无菌操作。

（三）选择好活髓保存剂。

四、干髓术

干髓术（干尸术）是采用失活剂使牙髓组织失去活力，然后切除冠部牙髓，在根髓表面放置干髓剂，使根管内的牙髓组织呈无菌干尸状态的一种治疗方法。

【适应证】

（一）深龋穿髓，不宜行盖髓术或活髓切断术的乳牙和恒牙。

（二）多根牙急性牙髓炎浆液期和慢性牙髓炎，不宜或无条件做活髓保存治疗者。

（三）无条件行全部牙髓切除术的前牙。

（四）经安抚、盖髓或活髓切断等治疗失败，根髓尚未化脓或坏死者。

【操作方法】

（一）局麻下1次完成治疗（1次干髓术）。

1. 麻醉：方法及麻醉点的选择基本同拔牙麻醉。

2. 防湿下，去净龋蚀牙本质，修整洞形。

3. 开髓、去髓室顶，勿使髓室底及壁贯穿。

4. 用刮匙或大圆钻去净髓室内髓组织，如有可能，用小圆钻去除根管口处根髓1～2mm。

5. 用3%双氧水和生理盐水交替冲洗，无菌小棉球试干，放甲醛甲酚于棉球于根管口，3～5min后取出，放干髓剂于根管口，厚约2mm，再用磷酸粘固粉做洞基，行永久性充填。

(二)先行牙髓失活，再完成治疗。

1. 防湿下初步去龋蚀牙本质，在穿髓点放适量(约半粒米大)失活剂，用氧化锌丁香油粘固粉密封。

2. 根据封失活剂的类别，约复诊时间，砷剂必须在约定时间(24h、48h、72h、1周)取出，非砷失活剂可在7～14d后取出。

3. 复诊时，涂布碘酒，打开窝洞，取出失活剂。

4. 去净龋蚀牙本质，修整洞形。

5. 开髓、去髓室顶，去净髓室及根管口内已失活的髓组织，甲醛甲酚消毒。

6. 在根管口及髓室底放干髓剂，垫基，做永久充填(同一次干髓术)。如去髓室组织时，有疼痛、渗血多、唾液污染或叩痛，可在根管口处放1个甲醛甲酚棉球，牙胶暂封，3～5d后再放干髓剂并行充填。

【注意事项】

(一)砷剂失活要特别掌握好药量，并严格复诊时间。

(二)封失活剂后如发现龈缘呈蓝灰色或龈乳头蚀损，此系含砷失活剂外溢致龈坏死，应立即拆封，取出失活剂，去净坏死组织，生理盐水冲洗后，局部涂含碘制剂；如牙槽骨被波及，应去除坏死牙槽骨，用生理盐水冲洗，填塞碘仿纱条，外敷油纱布，1～2d更换1次，直到骨面有肉芽生长，牙龈初步恢复。

(三)如有尖周炎症状，应找出原因，对症处理，无效者，应去除根髓，做根管治疗。

五、牙髓切除术与根管治疗术

在局麻下，将活髓牙的牙髓全部切除的手术，称牙髓切除术。全部去除已坏死或坏疽的牙髓，用化学或机械的方法处理根管，再予以充填修复的方法，称根管治疗术。上述两者基本操作相似，现一并介绍。

【适应证】

(一)凡活髓保存方法失败的病牙。

(二)前牙牙折，需做桩冠者。

(三)感染的牙髓或牙髓坏死、坏疽。

(四)各种类型的根尖周病。

【操作方法】

(一)局部麻醉:如牙髓已坏死,则不必局麻。

(二)去龋蚀、备洞及消毒(同活髓切断术)。

(三)开髓:前牙由舌侧窝中央进入,后牙由𬌗面进入。

(四)去髓组织:前牙可用光滑髓针由穿髓点插入根管,探查根管情况;多根牙先按活髓切断术的步骤去净冠髓,再用光滑髓针导找根管口,探查根管。然后用拔髓针沿根管壁插入根管,尽可能达根尖,以顺时针方向旋转,一般不超过60°,抽去牙髓组织,务必去净。

(五)扩大根管:用根管扩大针,由细到粗按顺序向顺时针方向旋转提拉,以去净管壁已感染的牙本质,并使根管畅通。如为活髓可不做根管扩大,如感染较重,应先冲洗后扩大根管。

(六)根管冲洗:活髓牙应用生理盐水冲洗。感染根管可用清洁消毒力较强的溶液冲洗(如3%双氧水、生理盐水反复交替冲洗)。然后用棉捻吸干。

(七)消毒根管:感染根管将甲醛甲酚(FC)或碘酚棉捻或纸捻放入根管,氧化锌丁香油粘固粉暂封,3~5d换药1次,直至症状消失,且根管内无溢出物、棉捻无臭后,再行根管充填。无感染根管可用丁香油酚或樟脑酚消毒后直接做根管充填。

(八)根管充填:选择长短粗细合适的牙胶尖,加根管充填药物充填根管。应先放入根管药物,再慢慢送入合适的牙胶尖,粗大根管可放入多根,然后用烫热的器械齐根管口将牙胶尖切断,磷酸锌粘固粉做基底,永久性充填。

【注意事项】

(一)扩大根管时,勿用力过猛,以免折针或根管侧穿。

(二)牙胶尖不可超出根尖孔。

(三)有条件者,尽可能在治疗前后拍X线片,以了解牙根情况及充填情况。

(四)充填后出现叩痛、咬𬌗痛等尖周炎症状者,应按其治疗原则处理。

第二节　口腔科常见疾病

龋　　齿

龋齿是由于致龋细菌在有蔗糖或其他可发酵糖类存在的条件下，使糖发酵产酸，使牙体硬组织逐渐破坏崩解，形成实质性缺损的一种口腔常见病、多发病。龋病的发生不仅致牙齿颜色、形态改变，还能继发牙髓及根尖周组织疾病，甚至使颌骨受感染，引起颌骨骨髓炎及其他并发症，或成为病灶牙影响全身健康。

【诊断要点】

（一）浅龋：牙体破坏仅限于釉质层，点、隙、裂、沟为好发区，病变区常呈墨浸状或白垩色，多无自觉症状。

（二）中龋：龋蚀浸及牙本质浅层，对酸、甜食物的刺激和冷热刺激有敏感现象。

（三）深龋：龋蚀侵及牙本质深层，接近牙髓，对食物嵌入和温度刺激均有激发痛。

（四）静止龋：龋洞在𬌗面，蝶形，牙本质底呈黄褐色，质硬而光亮，对温度刺激一般不敏感。

（五）继发龋：已修复过的龋洞，在其充填物边缘又发生龋坏。

（六）急性龋：口腔内多数牙齿在短期内同时发生龋蚀，并且龋蚀进程较迅速。多发生于儿童和久病体弱者。

（七）对视诊不易发现的隐蔽龋，可借拍X线片确诊。

【治疗】

（一）浅龋：可用药物处理，先将初龋磨去、擦净、吹干、隔离唾液后置少量氟化钠甘油糊剂于牙面上，用器械摩擦1～2min，反复数次即可。必要时也可做预防性充填。

（二）中龋和深龋：应积极做充填治疗，详见龋齿充填治疗。

（三）继发龋，应先去除原充填材料和继发之龋坏组织再次充填。

（四）静止龋：一般可不做治疗，必要时可选用充填、光固化、嵌体等修

复。

(五)深龋并发牙髓充血、牙髓炎或根尖周炎者,应先对并发病进行治疗,然后再做充填治疗。

(六)急性龋:除根据不同程度的龋蚀进行治疗外,还需对系统性疾病进行治疗。

【预防】

(一)注意口腔卫生:选用口腔保健牙刷,采用竖式刷牙法,保持早晚刷牙、饭后漱口的良好习惯。

(二)药物防龋:

1. 饮水加氟:可根据当地气候、居民生态情况,考虑加氟浓度,一般不超过1mg/L。

2. 局部涂75%氟化钠甘油糊剂:儿童每半年涂布1次,在清洁的牙面上擦1~2min即可。涂后注意擦净漱口。也可用其他含氟药物,如25%氟化钠淀粉糊剂、0.4%氟化钠或氟化亚锡牙膏刷牙等。

3. 点隙裂沟封闭剂:用清洁剂清洁牙面,并做酸处理,然后用刷笔将封闭剂涂入点隙裂沟内,最后做光照固化封闭该处,隔绝外界致龋因素。

(三)注意饮食卫生:睡前和睡中不要进食,特别是易发酵的糖类。定期口腔检查,发现龋蚀及时治疗。

(四)及时纠正错位牙:拔除多生牙及有害无益的废用牙,治疗过小牙等,对预防龋病有积极意义。

(五)中医治疗:

1. 风热实火:口臭而齿不动,齿龈红肿热痛,口渴喜冷饮,大便秘结;或齿孔出脓,舌红、苔黄腻,脉弦数。治法:清热泻火。方药:清胃散。

2. 阴伤虚火:口干思饮,口无臭味,牙齿动摇,其痛日轻夜重,齿龈不肿,舌红、少苔,脉弦细数。治法:滋阴降火。方药:玉女煎加味。

(六)针灸治疗:

1. 体针:下关、颊车、合谷为主穴,配阿是穴。上前牙痛加四白、颧髎、人中;下前牙痛加承浆。

2. 耳针:颊、屏尖、耳垂部敏感点、上下颌、牙痛点、神门。每次选2~3穴,中强刺激,留针20~30min,间歇运针。1~2次/d。

3. 指针:牙痛点。强刺激,留针10~15min,间歇运针。

4. 腕踝针：取上$_2$患侧。中强刺激，留针30min，间歇运针。

5. 足针：足$_{12}$号、足$_{13}$号穴。直刺或斜刺，留针10～15min，间歇运针。

6. 鼻针：鼻穴敏感点。直刺，留针20～30min，间歇运针。

(七)单验方：

1. 细辛面、雄黄面各3g，磨细合匀。疼时用枣肉蘸药塞入龋齿洞内。

2. 棉球沾卤水后充塞龋齿洞；或用卤干粉涂患齿。

3. 乌贼骨粉用醋调，左齿痛则涂入左耳，右齿痛则涂入右耳。

牙 髓 病

牙髓病是指牙髓组织的病变，包括急、慢性牙髓炎、牙髓坏死和牙髓变性等，其中以牙髓炎最常见。

【诊断要点】

(一)急性牙髓炎：多因深龋未及时治疗或慢性牙髓炎急性发作而来，也可由重度牙周病、楔状缺损、重度磨损引起。

1. 自发性阵发性剧烈疼痛：呈间歇性发作，病变早期疼痛发作时间短，间歇时间长。随病变发展，晚期则疼痛发作时间长，间歇时间短。

2. 夜间疼痛加剧：在躺卧时体位改变，牙髓腔内压增高或牙髓末梢血管扩张而致。

3. 温度刺激可使疼痛加剧：牙髓炎早期(浆液期)，冷热刺激均可使疼痛加剧。但到晚期即化脓期，热刺激可使疼痛加剧，而冷刺激可使疼痛减轻。当病变波及根髓时可有叩痛，活力试验示牙髓活力降低。

4. 疼痛不能定位：呈放射性疼痛，常沿三叉神经分布区放射至上牙及头面部或耳后。

5. 急性牙髓炎应与三叉神经痛、上颌窦炎、深龋等相鉴别。三叉神经痛为电击样、阵发性疼痛，常因触及某一点(扳机点)使疼痛突然发作，却不受温度变化的影响。上颌窦炎患侧面部有持续性胀痛，重者可有头部放射性痛或半侧头痛，午后或久坐后加重，多有感冒史，上颌窦壁有压痛。深龋则无自发性疼痛。

(二)慢性牙髓炎：是牙髓炎中最常见的一型，常为深龋的继发病或急性牙髓炎未及时治疗而致。

1. 多有深龋，且牙髓多已暴露，表层无感觉，深部可有探痛并出血。

2. 平时多无症状，冷、热等刺激或食物嵌入龋洞时可有轻度疼痛。

3. 多有反复急性发作病史。

4. 年轻恒牙中有时可见有炎性肉芽组织由髓腔经穿髓点伸出龋洞，无痛，触及易出血，此为增生性牙髓炎。

（三）牙髓坏死与坏疽：牙髓坏死是指非细菌感染引起的牙髓组织活力丧失。多因外伤或过度矫正力，使根尖孔血管损坏，血运断绝，形成的牙髓坏死；强烈的化学药物刺激、老年人牙髓组织严重营养不良和退行性变也可至牙髓坏死。由细菌感染造成的牙髓腐败坏死称牙髓坏疽，未经治疗的牙髓炎，自然发展下去往往引起牙髓坏疽。

1. 牙已变色，无光泽。

2. 一般无自觉症状。

3. 冷、热刺激无反应，但有牙髓坏疽时热刺激可能引起疼痛。

4. 继发根尖周病时，可有咀嚼痛、叩痛等根尖周病的症状。

5. X 线检查，可见根尖周组织已有破坏。

（四）牙髓变性：当牙髓受到某种刺激，引起血液循环不良或代谢障碍时，则牙髓出现纤维性变、钙化等变化为牙髓变性。

1. 一般无症状。

2. 如出现疼痛，又找不出明显原因，而考虑牙髓变性时，可借助 X 线检查。

3. X 线片，如髓室中有游离的或附着的致密阻射影像；或根管明显狭窄，均有参考价值。

【治疗】

（一）牙髓炎的治疗，愈早效果愈好，应根据病情选用不同的治疗方法，如安抚疗法、盖髓术、活髓切断术、干髓术、变异干髓术、牙髓切除术等。详见牙髓病治疗术。

（二）凡无条件立即进行治疗时，应先解除疼痛，采用应急治疗：

1. 针刺合谷、牙痛穴、颊车、下关等穴位止痛。

2. 在龋洞内放镇痛消炎药物，如牙痛水、丁香油、花椒等。

3. 对急性化脓性牙髓炎，应立即开髓减压，可用针刺穿牙髓。

4. 口服消炎镇痛剂。

（三）如有创伤殆或过深牙周袋，应同时进行治疗。

(四)凡治疗效果不良或病牙无保留价值者,可予以拔除。

(五)中医治疗:

1. 风热外袭:齿痛阵发,得冷痛稍缓,遇热痛增,可有发热,微恶风寒,口渴,舌红、苔黄、脉浮数。治法:疏风清热,解毒止痛。方药:银翘散加生地、知母。

2. 风寒凝滞:齿痛自作、阵发,遇冷更甚,温敷痛减,可有恶寒、无汗,头痛,喜热饮,舌淡红、苔薄白,脉浮紧。治法:疏风散寒,温经止痛。方药:三拗汤加当归、细辛、白芷、荜拨、露蜂房、藁本。

3. 火毒酿脓:齿痛剧烈,有搏动感,持续不已,得冷痛减,遇热痛增,可有发热,烦躁,渴喜冷饮,便秘尿黄,舌红、苔黄,脉滑数或弦数。治法:清热泻火,解毒排脓。方药:清胃汤。

4. 阴虚邪恶:钝痛午夜加重,可有头昏耳鸣,口干少饮,舌红、苔少,脉细数。治法:滋阴生津,清除余邪。方药:玉女煎。头昏耳鸣者加天麻、钩藤、菊花、白蒺藜。

5. 虚火上炎:牙齿隐痛,午后加重;或有龈血,伴腰膝酸痛,眩晕耳鸣,舌嫩红、苔少或无,脉细数。治法:滋阴益肾,清降虚火。方药:知柏地黄丸。牙痛甚者加露蜂房、蒲公英;齿龈者加茅根、藕节炭;腰膝酸痛者加川续断、狗脊。

6. 虚阳上越:牙齿微痛,喜温恶凉,可有畏寒肢冷,倦怠乏力;或面赤,舌淡胖、苔白润,脉沉迟。治法:温阳益肾,引火归源。方药:金匮肾气丸。牙痛较重者加细辛;倦怠乏力者加党参、黄芪;食欲不振者加麦芽、鸡内金。

(六)针灸治疗:

1. 体针:下关、颊车、合谷、大迎、地仓、内庭。每次选穴2~3个,交替使用。

2. 耳针:上颌、下颌、屏尖、神门、面颊、牙痛点。每次取3~4穴,强刺激,留针30min,1次/d。

3. 贴敷:细辛少许,敷患牙处。适用于风寒者。

(七)单验方:

1. 薄荷15g、白蒺藜15g、露蜂房15g,水煎服,1剂/d。

2. 生石膏45g、细辛4.5g,水煎服,1剂/d。

以上2方适用于风火牙痛。

3. 牛膝、菟丝子各15g，巴戟天、补骨脂、骨碎补各12g，益智仁10g，肉桂、黄柏、砂仁、生甘草各6g。患者牙髓炎反复急性发作，经口腔科穿髓排脓后再服本方。适用于虚阳上浮者。

根尖周病

根尖周病是牙齿根尖部及其周围组织，如牙骨质、牙周膜及牙槽骨发生病变的总称。多由牙髓病未经治疗或治疗不当继发根尖周病，也可因创伤殆或在重度牙周病的基础上并发根尖周病。一般分为急、慢性根尖周病2类。

【诊断要点】

(一)急性根尖周炎：

1. 多为死髓牙，牙冠已变色，对温度刺激无感觉，但因创伤殆引起者，牙髓可有活力。

2. 无探痛，叩痛明显，呈持续性钝痛。

3. 患牙定位明确，早期咬紧牙齿有舒适感，病变继续发展，根尖周炎性渗出增多，则出现咬殆痛，牙齿有松动、伸长及浮动感。

4. 重者唇颊沟区可有肿胀、压痛或波动感，区域淋巴结肿大、压痛，甚至出现体温升高等全身症状。

5. 如为初发，X线片根尖可无明显病变。

(二)慢性根尖周炎：

1. 多为死髓牙，一般无自觉症状。

2. 有反复急性发作病史。

3. 可以在相应根尖部的牙龈或牙槽粘膜，甚至在皮肤上见到瘘管口，并有瘘管排脓史。

4. 牙髓活力测验为阴性，X线可显示根尖周牙槽骨有不同程度的破坏。

【治疗】

(一)对急性根尖周炎，应先控制炎症，用牙钻开髓引流，并给消炎止痛药。如脓肿已形成，则应切开引流。

(二)对慢性根尖周炎及急性根尖周炎炎症控制后，应进行根管治疗。

详见根管治疗术。如有瘘管者，应采用瘘管通过术。

（三）如有创伤骀或过深牙周袋者，应同时给予治疗。

（四）对根管狭窄、弯曲或做根管预备有困难的多根牙，可做“空管药物”治疗或“塑化术”。

（五）凡治疗效果不佳或无保留价值的牙齿，可考虑拔除。

牙 周 病

牙周病是指牙齿周围的组织，如牙龈、牙周膜、牙槽骨以及牙骨质发生的疾病。其病因比较复杂，外源性因素有细菌、菌斑、牙结石，局部因素有食物嵌塞、牙体解剖异常、咬骀创伤等；还有全身因素，如内分泌紊乱、营养不良、全身性疾病、遗传性疾病等。

一、牙龈炎

【诊断要点】

（一）炎症局限于牙龈缘及牙龈乳头，临床检查未探到牙周袋，X线片未见牙槽骨吸收现象。

（二）牙龈呈红色或暗红色，充血、水肿、光亮、组织松软或缺乏正常色彩。龈沟有炎性渗出。

（三）局部有刺激因素存在，如牙结石、不良修复体等。

（四）一般无自觉症状，部分患者刷牙时可有出血，少数患者有自发性出血或口臭。

【治疗】

（一）清除牙结石，修整不良修复体，必要时应重做。

（二）有食物嵌塞者，应查明原因，进行专科治疗。

二、牙周炎

多由牙龈炎进一步发展而来，全身系统性疾病的存在可加速牙周炎的发生、发展。但不少牙周炎患者很难确定病因。

【诊断要点】

（一）有龈上、龈下牙石，有牙龈炎症及真性牙周袋存在。

（二）咀嚼无力，牙齿松动，晚期可出现移位。

（三）可能有创伤骀、食物嵌塞、不良修复体等因素存在。

（四）X线检查有牙槽骨吸收，牙髓活力试验阳性。

（五）急性期可有牙周脓肿形成，应与牙槽脓肿相鉴别。牙槽脓肿是由根尖周病引起，牙髓活力试验阴性，无牙周袋，脓肿的位置近根尖区，X线片可见根尖区骨质吸收影。

【治疗】

（一）彻底清除牙石，做龈上洁治和龈下刮治。

（二）有牙周创伤的患者，应进行选磨，磨去早接触点。有食物嵌塞者，应进行矫治。

（三）松动牙：经牙周治疗，控制炎症后，可做夹板固定。

（四）出现牙髓炎症状者，应做牙周牙髓联合治疗。

（五）有促使牙周炎发展的全身因素存在时，应同时治疗全身性疾病。并辅以促使牙周组织生长的药物，如牙周宁，3次/d，每次160～320mg，可长期服用，无任何副作用。该药可与抗生素，维生素C，治疗糖尿病、冠心病服用的药物及抗凝血药物同用。对牙槽骨吸收严重、牙松动Ⅲ°以上，无保留价值的牙齿，应予以拔除。

【附】牙周病的中医及其他治疗

（一）中医治疗：

1. 胃火上蒸：牙龈红肿痛，出血出脓，烦渴饮冷，胃脘嘈杂，便秘，尿黄，舌红、苔黄厚，脉滑数。治法：清胃泻火，消肿止痛。方药：清胃散。牙龈红肿甚者加蒲公英、牛蒡子、牛膝、栀子、茜草根；出脓者加马勃、花粉、皂刺、穿山甲；便秘者加大黄、芒硝。

2. 肾阴不足：头晕、耳鸣，腰酸、手足心热，牙齿疏豁松动，牙龈溃烂萎缩，边缘红肿，易渗血，齿根宣露，咀嚼时痛，舌微红、苔少，脉细数。治法：滋阴补肾，益精固齿。方药：六味地黄汤。牙摇宣露者加杞子、龟版、菟丝子；耳鸣、手足心热者加栀子、黄柏；兼胃热者加麦冬、女贞子、知母。

3. 气血不足：面色㿠白，畏寒倦怠，头晕眼花，失眼多梦，胃呆纳少，心悸怔忡，气短懒言，四肢无力，舌淡、苔薄白，脉细沉；牙龈萎缩，齿松动，牙龈渗血，咀嚼无力。治法：补血益气，养龈健齿。方药：八珍汤。

（二）针灸治疗：

1. 体针：下关、颊车、合谷为主穴。胃火者加二间、内庭；肾虚者加太溪、行间；上痛加四白、颧髎、人中；下痛加承浆、夹承浆。

2. 耳针：颊、屏尖、耳垂部敏感点、上下颌、牙痛点、神门。每次选2～

3 穴，中强刺激，留针 20～30min，1～2 次/d。

3．鼻针：鼻穴敏感点。直刺，留针 20～30min。

4．腕踝针：前牙痛取上$_1$，后牙痛取上$_2$，均取患侧。中强刺激，留针 30min。

5．手针：取牙痛点。强刺激，留针 10～15min。

6．足针：取足 12 号、13 号穴。直刺或斜刺，留针 10～15min。

7．贴敷：牙龈红肿，敷擦珍珠散，牙龈糜烂疼痛者用冰硼散擦之。

8．穴位注射疗法：下关、合谷。药用维生素 $B_1$100mg(2mc)，每穴位注入 0.3～0.5ml。1 次/d。

(三)单验方：

1．金银花 15g、野菊花 12g、蒲公英 15g、旱莲草 15g、夏枯草 30g、齿草 15g、紫花地丁 9g、白茅根 30g，水煎服，1 剂/d。适用于风热搏结者。

2．生石膏 30g、黄芩 10g、地丁草 15g、生地 15g、玄参 12g、大黄 3～6g，水煎服，1 剂/d。适用于胃火上攻者。

3．骨碎补 12g、续断 15g、桑寄生 15g、补骨脂 12g、熟地 15g、鸡血藤 15g、生龙骨 30g、生牡蛎 30g、黄柏 9g、旱连草 15g、茯苓 12g，水煎服，1 剂/d。适用于肝肾阴虚者。

【预防】

(一)注意口腔卫生，选用合格的口腔保健牙刷，采用竖式刷牙法。

(二)牙龈按摩，可促进局部血循环(应在清治、刮治、清除牙周袋手术后进行)。

(三)叩齿，轻叩，1 次/d，叩 50 次以上，长期坚持对牙周组织大有益处。

(四)定期做口腔检查。

牙齿感觉过敏

牙齿感觉过敏又称牙本质过敏，不是独立的一种病，而是临床上凡能使牙釉质完整性受到破坏，牙本质暴露的各种牙体病的共同症状，如龋齿、磨损、楔状缺损、酸蚀症、外伤、牙周萎缩等均可引起牙齿感觉过敏。

【诊断要点】

(一)牙本质暴露部分呈淡黄色，遇冷、热、酸、甜及机械刺激时，可产

生异常酸痛感。刺激物除去后，症状立即消失。

（二）探针检查，可以找到敏感点或敏感区。

（三）应与隐匿性龋、牙隐裂、牙髓充血相区别。

【治疗】

（一）可用药物脱敏，如75%氟化钠甘油糊剂、硝酸银脱敏，丁香油、大蒜等脱敏。详见牙本质过敏脱敏治疗。

（二）对龋齿引起的过敏，应做充填治疗。参见龋齿充填治疗术。

复发性口疮

复发性口疮是一种最常见的具有反复发作特性的口腔粘膜溃疡性损害。病程有自限性，一般7～10d自愈。病因不明，可能与内分泌功能障碍、遗传、胃肠功能紊乱、病毒感染、变态反应、局部刺激等有关。不少人认为是一种自身免疫性疾病。祖国医学认为是"心脾有热"所致。有轻型口疮、口炎型口疮及腺周口疮3种类型存在。

【诊断要点】

（一）具有明显的复发规律，但间歇期长短不一，一般1～2周自愈，但腺周口疮可达数月之久。

（二）本病多发生在青壮年，好发于口腔粘膜角化较差的区域。

（三）损害类型：

1．轻型口疮：病损为1个或几个散在的椭圆形小溃疡，周边轻度充血，中央微凹，上覆灰白色假膜，局部有灼热、不适或疼痛。

2．口炎型口疮：病损同轻型口疮，但数量明显增加，可由十几个到几十个不等，常伴有发热、困倦、淋巴结肿大等全身症状。

3．腺周口疮：有1～2个深在性大溃疡，直径为1cm左右，呈紫红或暗红色，中央凹陷，边缘不规则而隆起的"弹坑状"损害。病程常达数月之久，愈合后留有瘢痕。

（四）本病应与白塞综合征相鉴别，在复发性口疮存在的同时或先后，交替出现眼（虹膜睫状体炎、前房积脓、结合膜炎、角膜炎等）、外生殖器（溃疡）及皮肤（结节性红斑、毛囊炎等）等病变者为白塞综合征。

【治疗】

（一）局部治疗：

1. 中药散剂，如养阴生肌散、锡类散等局部撒敷，3 次/d。

2. 口腔溃疡药膜贴敷，3～5 次/d，有消炎止痛、促进溃疡愈合的作用。

3. 对单发的轻型溃疡，可在地卡因表面麻醉下，用 10% 硝酸银或 50% 三氯醋酸烧灼。

4. 对腺周口疮可用醋酸氢化可的松混悬液加少量 2% 普鲁卡因局部封闭，每周 1～2 次。

(二)全身治疗：

1. 抗感染：对合并细菌感染的重症患者，应选用有效抗生素类或磺胺类药物。

2. 口服锌 B 合剂成人 3 次/d，每次 15ml；维生素 C，3 次/d，每次 300～500mg。

3. 强的松、地塞米松等类固醇药物，有非特异性抗炎、抗过敏等作用，可酌情选用。

4. 诊断为自身免疫的患者，可酌情选用免疫抑制剂，如环磷酰胺、硫唑嘌呤等，2 次/d，每次 25mg。

5. 考虑有免疫功能减退的患者，可选用转移因子，每周 1～2 次，每次 1 支，肌肉注射，10 次为 1 疗程；短小棒状杆菌苗 0.5～1ml，三角肌注射，每周 1 次，有良好的抗复发效果。

6. 有全身系统性疾病存在者，应进行积极治疗。

(三)中医治疗：

1. 实火：溃疡红肿明显，灼热疼痛，流涎拒食或口臭，口干喜凉，大便秘结，小便短赤，舌红、苔黄，脉数。治法：清热解毒。方药：导赤散加玄参、芦根、生石膏、知母。腹胀者加枳壳、莱菔子；大便秘结者加生大黄。

2. 虚火：口内色淡，溃疡以两腮与舌居多，疼痛轻微，口不渴，夜寐不安，疲劳易发，大便溏泄，舌淡、苔薄，脉细数。治法：滋阴清热。方药：知柏地黄丸或玉女煎加减。脾胃虚弱者宜补中益气汤加减。

(四)针灸治疗：

1. 体针：廉泉、颊车。实证加合谷、内庭；虚证加足三里、三阴交、照海。以上均间日 1 次。

2. 耳针：耳神门、口、脾、胃、脑。毫针刺以平针法，留针 60min，7～10

次为1疗程，疗程完可间歇7d。

3．穴位注射：牵正(双)、曲池(双)为1组；颊车(双)、手三里(双)为1组，2组交替使用。每穴位注射维生素$B_1$0.5ml。

4．贴敷：白矾30g、黄丹30g(炒紫红色为度)，共研细面，敷于患处；或用细辛、黄连各等份为细面，拭净患处，将药面敷于患处。

(五)单验方：

1．五倍子10g、冰片1.5g，共研细末撒于患处。

2．生蜂蜜15g、硼酸30g，混合拌匀口含。

3．鸡内金烧灰，敷患处。

疱疹性口炎

疱疹性口炎是由单纯疱疹病毒引起的。病毒常潜存于正常人体内，当遇感冒、发热、月经期、妊娠期、疲劳、消化不良等导致机体抵抗力下降或存在局部因素的刺激时，病毒可再次活跃而导致疱疹复发。

【诊断要点】

(一)6岁以下儿童，尤其6个月至2岁的婴幼儿最易发生急性感染，常伴有明显的全身症状，成人多为复发。

(二)好发于口唇周围皮肤粘膜交界处与口腔内任何部位的粘膜，发病前2～3d常有发热、流涎、拒食等前驱症状。

(三)损害为粘膜上出现丛集成簇的、针头大小透明小水疱，口内水疱易破裂，融合成大小不等的溃疡，早期可见上覆白色微隆起的疱壁。

(四)皮肤疱疹破裂较慢，感染后为灰黄色脓疱，然后破裂、干燥、结痂。

(五)病程有自限性，7～14d愈合。

【治疗】

(一)局部治疗：

1．皮肤损害应保持清洁，促使干燥、结痂，也可涂炉甘石洗剂。

2．口腔粘膜损害，可用消炎、防腐、镇痛剂，也可用0.1%疱疹净滴眼液局部涂布，每日数次。

3．中药：口疮宁、3次/d局部撒敷，对小儿疱疹性口炎有良好的疗效。

(二)全身治疗：全身症状严重者，应卧床休息；有发热或区域淋巴结肿大者，应给退热药，同时应用抗生素及抗病毒药物。肾上腺皮质类固醇忌用。

(三)中医治疗：

1. 风毒湿热：口腔粘膜出现水疱溃疡，边缘红晕，灼热成痒，口涎增多。可伴发热、恶寒、头痛，舌边尖红、苔薄黄，脉浮数。治法：疏风清热，渗湿解毒。方药：银翘散加木通、滑石。痒甚者加蝉蜕。

2. 胃热毒盛：溃疡丛集成簇，或融合成片，上复假膜，周围红赤，灼热疼痛，可伴高热，口臭口渴，喜冷饮，便秘尿黄，舌红、苔黄，脉数。治法：清胃泻火，凉血解毒。方药：清胃散加石膏、金银花、大青叶。舌鲜红重者加生地、赤芍；小便黄赤者加木通、车前子；大便秘者加生大黄。

3. 脾经湿火：溃疡密集，融合成片，边缘鲜红，疼痛灼热，伴发热胸闷口干，口臭涎多，舌红、苔黄或黄腻，脉滑数或濡数。治法：清泻脾火，化湿解毒。方药：泻黄散。发热高者加黄连、金银花、紫花地丁；胸闷者加郁金。

4. 脾虚火浮：溃疡反复发作，散在分布。边缘色淡，伴面黄少华，身倦乏力，口淡呆差，舌淡、苔白腻，脉缓弱。治法：健脾益气，渗湿解毒。方药：参苓白术散加金银花、紫花地丁。胸闷苔腻者加藿香、佩兰、苏梗；纳差口淡者加麦芽、陈皮；大便溏者宜用理中汤加减。

5. 阴虚火旺：溃疡反复发作，溃疡稀疏色淡，不甚疼痛，伴头晕耳鸣、腰膝酸痛、五心烦热、颧红盗汗、口燥咽干；舌红、苔少，脉细数。治法：滋阴降火，凉血解毒。方药：知柏地黄丸。腰膝酸痛者加川续断、牛膝；神疲乏力者加太子参、玉竹；溃疡边缘色红而痛者加黄芩、金银花、板蓝根。

(四)针灸治疗：

1. 体针：地仓、廉泉、风府、神门、合谷穴。每次选2～3穴，1次/d。

2. 耳针：神门、心、脾、胃、肝、肾、内分泌等穴，每次选2～3穴。

3. 贴敷：吴茱萸粉5g，醋调敷于双侧涌泉穴，上覆纱布，胶布固定，每晚1次；或细辛末6g，水调成糊状，敷脐部，上复纱布，胶布固定，每日换1次，连敷3d。以上2法适用于虚火者。

(四)单验方：

1. 金银花、紫花地丁、板蓝根、大青叶，任选1～2味，10～30g，水煎

服，1 剂/d。

2. 白花蛇舌草、一点红各 60g，水煎服，1 剂/d。

3. 海金砂 30g、路边菊 30g，水煎当茶饮。

4. 五倍子 10g、冰片 1.5g，共研细末，撒患处。

5. 鸡内金烧炭，敷于患处。

鹅 口 疮

鹅口疮又叫口腔白色念珠菌病或雪口病，是由白色念珠菌引起的一种口腔粘膜的传染性疾病。

【诊断要点】

(一)本病多见于婴幼儿及久病体弱或长期应用抗菌药物的成人。

(二)损害为口腔粘膜上出现乳白色柔性小点、条索或斑块状，稍凸起，不易擦去，拭去后露出新鲜创面且有出血点。

(三)本病应与白喉相鉴别，白喉发生在咽峡部，取斑块涂片或培养检查，雪口病可查到菌丝和孢子，而白喉则查不到。

【治疗】

(一)局部用 3% 小苏打液清洗、2% 龙胆紫涂布，2～3 次/d。

(二)对重症患者可服制霉菌素，每次 50 万～100 万 u，3～4 次/d。

(三)注意妇幼卫生，勤换洗衣服、奶具，防止再感染。

口腔粘膜白斑

口腔粘膜白斑是指发生在口腔粘膜上的角化性白色斑块，组织病理上有错角化或不典型增生等改变。病因不明，多数学者认为与吸烟、饮酒、食辛辣或过热食物、残冠、不良修复体等局部刺激，以及维生素 A、维生素 B 缺乏，内分泌紊乱，霉菌感染等多种因素有关。

【诊断要点】

(一)多发于中年以上，男多于女，可发生在口腔粘膜任何部位，但多发于颊粘膜、口角区、舌背、舌边缘。其余依次为唇、腭、口底、牙龈等部位。

(二)病损为乳白色角化斑块，明显高出粘膜表面，界限清楚、表面粗糙，可发生皲裂和溃疡。

(三)必要时应做活体组织切片检查确诊。

(四)应与扁平苔藓、白色念珠菌病相鉴别。口腔扁平苔藓为在充血的粘膜上出现白色条纹,形成花边状、网状或环形损害。白色念珠菌病多见于婴幼儿,病损为乳白色微凸起的柔性小点或凝乳状斑块,培养或涂片可找到菌丝或孢子。

【治疗】

无特殊治疗方法,可口服维生素 A、维生素 B、维生素 A 酸。去除不良刺激因素,积极治疗系统性疾病。

【预防】

建议戒除烟、酒,定期做口腔保健检查,治疗或拔除残冠,对不良修复体要重新制作。

口腔扁平苔藓

口腔扁平苔藓是一种非感染性慢性炎症,可发生于口腔、皮肤、指甲、趾甲、生殖器等部位,但不一定同时存在。

【诊断要点】

(一)多发生于中年以上人群,男女发病率之比为 1:2,病因不明,可能与细菌、病毒、神经精神因素、内分泌紊乱、免疫等有关。

(二)病损为在充血的口腔粘膜上出现白色花纹图案(网状、树枝状、环状等)。

(三)病理活检可确诊。

(四)本病应与白斑、白色念珠菌病相鉴别。详见白斑鉴别诊断。

【治疗】

目前无特效方法,下列药物可选用。

(一)维生素 A 酸:初用剂量宜小,每次 5mg,2~3 次/d,1 周后可逐渐加大剂量至 30~60mg,分 3 次口服。

(二)磷酸氯喹:非糜烂型可选用,125mg,2 次/d,饭后服,1~2 月为 1 疗程。可同时加服维生素 B_6 减轻消化道症状。

(三)左旋咪唑:为免疫调节剂,50mg,3 次/d 口服,对有些患者有一定疗效。

(四)皮质激素类:对重病患者可以选用。强的松 5mg、倍他米

松0.5mg或地塞米松0.75mg，3次/d口服，3～4周为1疗程，随后给维持量1～2周。

（五）中医治疗：

1. 风湿热：丘疹颜色鲜红，发病迅速，可稍有水肿，甚至起水泡，以后变紫，消退后遗留色素沉着，伴发热、头痛、关节酸楚、瘙痒，苔薄白，脉濡数。治法：祛风清热，利湿止痒。方药：消风散去石膏、胡麻仁，加地肤子、白鲜皮、土茯苓。

2. 血虚风燥：多发于四肢，瘙痒，表面粗糙，色素沉着，亦发于头皮，舌边红、苔薄，脉濡数。治法：养营活血，祛风润燥。方药：桃红四物汤加制首乌、玉竹、僵蚕、乌梢蛇。

3. 阴虚内热血瘀：多发于口腔、舌体、唇部之粘膜，可伴咽干喉痛，口渴不欲饮，性情急躁，苔剥、舌红，脉细数。治法：养阴清热，活血化瘀。方药：玄参、赤芍、丹皮、桃仁、生地、丹参、穿山甲、白术、泽泻、青皮、天冬、麦冬、黄柏、白花蛇舌草。

4. 肾虚湿热下注：多发于阴部，有灰白色的丘疹和网状条纹，破溃形成边界清楚、红肿不明显的溃疡，压痛明显，伴小便短赤，苔黄腻，脉滑数。治法：滋补肾阴，清利湿热。方药：六味地黄丸合龙胆泻肝汤加减。

（六）单验方：

1. 鲜石榴1～2个，取子槌碎，开水浸泡过滤，冷后，1d含漱数次。

2. 蜜炙黄柏研末，吹敷患处。

干槽症

干槽症又称局限性牙槽骨骨髓炎或纤维蛋白溶解性牙槽炎，为拔牙后牙槽窝内血块分解（纤维蛋白溶解）脱落，局部继发感染的一种并发症。

【诊断要点】

（一）多在拔牙2～3d后，牙槽窝疼痛不止，可伴有放射痛。多发生于下颌第3磨牙。

（二）牙槽窝内血块分解脱落，有腐败坏死组织，味臭。牙槽骨暴露时，疼痛剧烈。

（三）局部软组织红肿不明显。

【治疗】

(一)局部处理：

1. 用3%双氧水和生理盐水冲洗牙槽窝，清除牙槽窝内腐败坏死组织，将蘸有丁香油的碘仿纱条置入牙槽窝内，每日或隔日换药1次，直至肉芽组织覆盖暴露牙槽骨为止。

2. 局麻下刮出牙槽窝内腐败坏死组织、病理肉芽组织和软化骨组织，使牙槽窝内重新凝结血块。

(二)在局部处理的同时，可配合口服消炎止痛药。

(三)注意口腔卫生，防止食物进入牙槽窝内。

智齿冠周炎

智齿即第3磨牙，智齿冠周炎是智齿萌出期或阻生而引起的牙冠周围软组织炎症。

【诊断要点】

(一)多发生于18～30岁的青年，临床上以下颌第3磨牙冠周炎最多见。

(二)常有全身诱发因素(过度疲劳、精神紧张、月经来潮等)或反复发作史。

(三)患者自觉磨牙后区肿痛，咀嚼、吞咽不适。疼痛为自发性、持续性，也可向耳颞神经分布区放射。

(四)患侧面颊部肿胀、压痛，颌下淋巴结肿大、压痛，有不同程度的张口受限。下颌第3磨牙阻生或萌出困难，牙冠被水肿、充血甚至糜烂的牙龈组织所覆盖，牙龈触痛，龈与牙冠之间形成深的龈袋，袋内有脓性分泌物溢出。严重者也可形成冠周脓肿。

(五)长期的阻生牙存在，常伴第2磨牙远中颈部龋。

(六)感染顺外斜线扩散，可在下颌第1磨牙颊侧前庭沟处形成脓肿，穿破成瘘，易误诊为下颌第1磨牙牙槽脓肿，应与之鉴别；感染循下颌支外侧面向后，形成嚼肌间隙脓肿或边缘性骨髓炎；感染在嚼肌前缘与颊肌后缘之间向外前扩散，形成颊部脓肿等。

【治疗】

(一)治疗原则：急性期以消炎止痛、建立引流、增强全身抵抗力为主；

慢性期应清除病灶、防止复发。

(二)全身处理:局部炎症较重或已出现全身症状者,应给予足量的抗生素或清热解毒中草药。如灭滴灵 400mg,3～4 次/d;红霉素 250mg,3～4 次/d;螺旋霉素 200mg,3～4 次/d;复方新诺明 1.0g,2 次/d;青霉素 80 万～160 万 u,肌注,2 次/d。必要时可加服皮质激素类(如地塞米松、强的松)药物;牛黄解毒丸 1～2 丸,2 次/d;解毒消炎丸 4～6 粒,3 次/d;齿痛消炎灵 1 包,3 次/d。另外注意饮食,适当休息。

(三)局部处理:炎症早期或慢性期以局部处理为主。用 3% 双氧水或1:5 000高锰酸钾与生理盐水交替冲洗龈袋,然后拭干、隔湿,于龈袋内置入碘酚或碘甘油。朵贝尔液、1% 双氧水或淡盐水漱口,以保持口腔清洁卫生。冠周脓肿形成或并发颌间隙脓肿,应立即切开,并放置引流条或碘仿纱条引流。炎症控制后,及时拔除阻生牙。若下颌第 3 磨牙能正常萌出,而且对颌第 3 磨牙也正常时,可行冠周龈瓣切除术。

颌骨骨髓炎

颌骨骨髓炎是指各种致病因子(微生物、物理、化学)入侵颌骨引起整个骨组织,包括骨膜、骨皮质、骨髓,以及其中的血管、神经的炎症。祖国医学称之为"牙槽风"或"穿腮"。根据病原及临床病理特点的不同,一般将颌骨骨髓炎分为化脓性(化脓菌)、特异性(结核、放线菌、梅毒)、物理性(放射、冷冻)和化学性 4 类。临床上以牙源性化脓性颌骨骨髓炎最多见。多见于青年,男性多于女性。

【诊断要点】

(一)急性颌骨骨髓炎:

1. 常有牙痛史,有病灶牙(坏疽牙、根尖周炎、牙周炎、冠周炎)存在。

2. 患牙呈持续性剧烈疼痛,且沿三叉神经分布区放射,患牙及邻牙松动及叩痛,龈沟溢脓,相应部位前庭沟饱满。

3. 常伴口腔颌面部急性蜂窝组织炎,炎症波及咀嚼肌,出现不同程度的张口受限。

4. 上颌骨骨髓炎可波及眼眶,引起眶周及球后脓肿。中央性下颌骨骨髓炎可使下牙槽神经受损,出现下唇麻木。

5. X 线片显示牙周硬板模糊。

6. 有体温升高、头痛、白细胞升高等全身中毒症状。

(二)慢性颌骨骨髓炎:

1. 多有急性炎症发作(特异性颌骨骨髓炎可无)或肿胀反复发作史。

2. 多有肿胀与瘘管存在,长期溢脓。探诊发现骨面粗糙或松动的死骨,有时可见死骨排出,严重者可发生病理性骨折,致咬𬌗关系紊乱。

3. 病程长者面部多有畸形,张口一般不受限,可有下唇麻木。

4. X 线片显示骨质破坏,吸收现象与增生现象(骨膜反应及硬化)同时存在。

5. 全身一般状况欠佳,可有贫血存在。

【治疗】

(一)急性颌骨骨髓炎:以全身应用足量有效抗生素、局部切开引流或拔除患牙为主。

1. 药物治疗:常用青霉素和链霉素合并治疗。青霉素的剂量应大,如 2d 后病情未见好转,应及时更换其他抗生素,如红霉素、先锋霉素、四环素等,也可加用灭滴灵静脉点滴。抗生素应用到临床症状消失 1 周左右,以防复发。中药可用清阴散火汤、荆防败毒散等。

2. 手术治疗:应及早拔除患牙,如拔牙有困难,要行脓肿切开引流,待病情稍为缓解,再拔除患牙,以达到引流脓液,消除病灶之目的。

3. 必须重视全身情况,防止并发症,对有严重并发症患者,应采取积极有效的治疗。

(二)慢性颌骨骨髓炎:以手术治疗为主,药物治疗为辅。

1. 手术治疗:对有长期溢脓不愈的瘘管,有死骨形成者,应在麻醉下行刮爬术或死骨摘除术。手术时间应在发病 2 周以后。

2. 药物治疗:根据药敏试验结果给足量抗生素,也可加用中药。

3. 支持疗法:根据患者的全身情况,采取输血、补液等。

(三)特异性颌骨骨髓炎:放射性颌骨骨髓炎应给予特殊治疗。

急性化脓性腮腺炎

【诊断要点】

(一)多见于慢性化脓性腮腺炎急性发作,偶见于腹腔手术后。

(二)腮腺区明显肿大、压痛,有持续性疼痛或跳痛。

(三)炎症扩散到腮腺周围组织,出现蜂窝组织炎或暂时性面瘫。

(四)腮腺导管口发红、水肿,挤压腮腺,导管口有脓液溢出。

(五)有体温升高,白细胞增多,脉搏、呼吸增快等症状。

(六)应与流行性腮腺炎、嚼肌间隙感染相鉴别。流行性腮腺炎多发生于儿童,有传染接触史,双侧腮腺同时或先后受累,也可累及颌下腺。导管口无明显红肿,腮腺挤不出脓液,白细胞总数不增高,淋巴细胞增多,血液及尿的淀粉酶可升高,抗生素治疗效果差。嚼肌间隙感染多为牙源性,有明显的张口受限,腮腺导管口无炎症,挤压腮腺无脓液溢出。

[治疗]

(一)全身用药同一般化脓性炎症。

(二)饮用酸性饮料(柠檬汁)、口服1%毛果芸香碱3~5滴,2~3次/d,理疗、热敷等增加涎液分泌。

(三)用温热的消毒漱口液(如硼酸、苏打溶液或过氧化氢等)漱口,有助于控制炎症。

(四)用0.25%普鲁卡因溶液40~60ml加入青霉素40万u做腮腺周围封闭,有一定疗效。

(五)脓肿已形成,应及时切开引流。切开引流的指征为:

1. 药物及其他保守治疗无效,局部有明显的凹陷性水肿。

2. 局部有跳痛并有局限性压痛点。

3. 腮腺导管口排脓不畅。

4. 穿刺腮腺抽出脓液。腮腺脓肿常形成多个脓腔,故手术时,切口不但要隐蔽,在脓肿的最低处,而且切口要大些,多方向分离腮腺筋膜,勿损伤面神经及面后动脉。

(六)急性炎症期禁忌做腮腺造影。

慢性化脓性腮腺炎

[诊断要点]

(一)病程长,反复发作,症状轻重不一。

(二)受寒、劳累、消化不良、月经期常为本病发作的诱因。

(三)腮腺区持续性轻微疼痛、不适,轻度口干或口臭。晨起时觉腮腺胀痛,有时有咸味的液体自导管口流出。

(四)进食时,尤其是酸性食物,腮腺区肿痛加重。

(五)腮腺导管口微红,挤压腮腺可有脓性或稠的分泌物从导管口流出,用手扪诊,腮腺导管可呈条索状。

(六)腮腺造影X线片显示,导管扩张、粗细不均,腺泡呈点状、珠状扩张或雪花状改变。

【治疗】

(一)经检查证实腮腺导管狭窄且无涎石者,可做导管扩大术。让患者半卧口,左手两指牵引患侧颊部使导管伸直,用有弹性可弯曲的钝头探针自导管口插入导管,先细后粗逐步扩大管腔,3~5d 1次,直到涎液能畅通排出为止。

(二)根据细菌培养及药敏试验选用抗生素及中药行导管内保留灌注,如庆大霉毒加α糜蛋白酶,隔日灌注1次。亦可选用1%龙胆紫、3%碘化钾等。

(三)可服1%毛果芸香碱3~5滴,3次/d,以促使唾液分泌。并经常保持口腔清洁。

(四)对药物治疗无效而又反复发作者,可选用导管结扎或保留面神经腮腺切除术,亦可用小剂量浅层X线放疗(小儿最好不用)。

颌下腺炎

颌下腺炎主要是涎石或损伤造成导管阻塞或狭窄,导致逆行性感染。分急性和慢性颌下腺炎。

【诊断要点】

(一)急性颌下腺炎:

1. 多见于慢性颌下腺炎急性发作。口底与颌下部肿胀、压痛、颌下皮肤红肿。

2. 患侧舌下肉阜肿大,颌下腺导管口发红,压迫颌下腺有脓液自导管流出。

3. 有体温上升,脉搏、呼吸增快,白细胞计数增加等症状。

(二)慢性颌下腺炎:

1. 病史长,反复发作,出现轻重不同的急性炎症。

2. 看见食物或进食时,尤其是进食酸味饮食时,受累颌下腺出现剧

烈疼痛，腺体肿大，食后，腺体肿大及疼痛减轻。

3．颌下三角区内可扪得肿大的颌下腺，质稍硬、有压痛。

4．颌下腺导管口稍红，挤压颌下腺可有脓性或粘液脓性分泌物流出。口底扪诊，颌下腺导管呈条索状或有涎石存在。

5．下颌咬𬌗片可显示边界清楚的阻射区，即为涎石。如涎石未发生钙盐沉积，X线片可不显影。

6．颌下腺碘油造影X线片显示，导管不均匀的扩张与缩窄，腺体内分支导管末梢扩张，呈囊状或葡萄状。

7．应与慢性颌下淋巴结炎相鉴别，慢性淋巴结炎可反复肿大，但肿大的淋巴结位于下颌下缘的内下方，较颌下腺位置表浅而活动，颌下腺导管口正常，挤压颌下腺体时流出的是正常涎液。

【治疗】

（一）急性颌下腺炎：治疗同一般急性炎症。参阅急性化脓性腮腺炎。

（二）慢性颌下腺炎：应及早除去病因，如摘除涎石、扩大导管等。若发病期长，腺体已纤维化而失去功能或腺体内或腺体与导管交界处有涎石者，皆应做颌下腺摘除术。

闭合性口腔颌面部软组织损伤

闭合性口腔颌面部软组织损伤主要有擦伤和挫伤2种。

【诊断要点】

（一）擦伤：表皮及浅层真皮与粗造物体相摩擦所致的皮肤浅层的剥脱性损害。

1．多发生于面部突出的部位，如颧、额、颏部、鼻尖等。

2．皮肤创面呈不规则形状，表面有血或组织液渗出，并常有泥沙等污物附着。

3．疼痛较明显，常伴烧灼感。可与挫伤同时发生。

（二）挫伤：由钝性物体直接打击或颜面部撞在硬物所致的损伤，皮肤完整，皮下组织、肌肉损伤，甚至有关节损伤、颌骨损伤。

1．损伤部皮肤（粘膜）有瘀斑或皮下血肿，并伴不同程度的疼痛和组织肿胀。

2．颞下颌关节挫伤，可发生关节内或关节周围溢血或渗出，出现关

节区肿胀、疼痛，张口受限和错𬌗。

【治疗】

（一）用生理盐水或1.5%过氧化氢溶液涂洗创面，以清除泥沙或其他污物。

（二）创面无继发感染者，可涂2%红汞、抗生素油膏等，有继发感染者，可用0.1%雷佛奴尔湿敷，以控制感染。

（三）局部血肿形成时，早期应采用冷敷或加压包扎；过大血肿或颞下颌关节囊内的出血，在止血后，无菌条件下抽出积血，再加压包扎；血肿影响呼吸与进食或有继发感染时，可采用手术切开，清除血凝块及感染物，结扎活跃出血点。口服磺胺类或抗生素以预防感染。

（四）挫伤后期可选用热敷及理疗，促进血肿吸收及功能恢复；内服活血化瘀类中药。

（五）颞下颌关节挫伤后疼痛剧烈者，可采用颞下颌关节减压法，以减低关节内压力和疼痛。

开放性口腔颌面部软组织损伤

开放性口腔颌面部软组织损伤主要有裂伤（挫裂和撕裂伤）、刺伤、砍伤、切割伤、咬伤、爆炸伤等。

【诊断要点】

（一）皮肤或粘膜有明显的创口，因致伤因素不同而创口各异，创口小而深的刺伤，创面大而创缘不整齐的撕裂伤，边缘整齐的切割伤，创缘齐而深的砍伤，创缘有齿痕的咬伤，创面不洁而组织缺损多的爆炸伤。

（二）可同时伴有面部神经、血管及涎腺导管的损伤，有不同程度的出血。

（三）常伴颌骨及牙槽骨损伤。

（四）可有窒息、颅脑损伤、休克等危急情况。

【治疗】

（一）如有窒息、颅脑损伤、休克等危急情况者，应先及时处理之。

（二）如有出血现象，可用压迫、包扎或结扎等措施止血。

（三）小型软组织损伤可在门诊处理，大型或复杂的则应收入病房处理。

(四)口腔颌面部开放性损伤清创缝合术有3个原则应遵循：

1. 不扩创或少扩创的原则。清创时，只修去已经坏死的组织或不规则的边缘，尽量多的保留组织。

2. 一期缝合的时间应在48h以内，超过48h或创口严重污染者，在清创后应松松地缝合，加用引流。

3. 应用小针细线严密对位缝合。

(五)对需做内固定的颌骨损伤，应先行内固定。

(六)对有面神经或涎腺导管损伤者，应早行神经或导管端端吻合术。

(七)肌注破伤风抗毒素1 500u，注射前应做皮试。

(八)根据病情应用抗生素预防感染。

牙槽骨骨折

牙槽骨骨折多因外力损伤或跌伤所致，多见于前牙区，尤其是上前牙，往往于牙损伤同时发生，可伴颌骨骨折。

【诊断要点】

(一)损伤部位的𬌗关系常紊乱。

(二)牙龈有撕裂、出血及肿胀等症状。

(三)骨折部位牙松动，摇动该牙时，其邻牙、该部位的牙槽骨与牙龈随之移动，此点可有别于单纯牙折。

(四)X线片可见骨折线。

【治疗】

(一)局麻下以恢复正常𬌗关系为标准，进行复位固定，可用金属丝或夹板与邻近正常牙做结扎固定，固定时间为3～4周。

(二)缝合撕裂的牙龈。如有颌骨骨折应同时处理。

(三)在2周内勿使用损伤部位的牙。

上颌骨骨折

上颌骨骨折多因外力打击或高处坠落伤所致。

【诊断要点】

(一)上颌骨骨折类型：

1. Le Fort Ⅰ型(低位水平骨折)：骨折线自梨状孔底部、牙槽突根部及

上颌结节上方，呈水平向后延伸到翼突。

2.Le Fort Ⅱ型(高位锥形骨折)：骨折线横过鼻骨，沿眶内侧壁斜向外下到眶底，经过颧骨下方或颧上颌缝到翼突。

3.Le Fort Ⅲ型(高位横行骨折)：骨折线横过鼻骨，经眶尖，过颧骨上方，相当于颧额缝部位，向后到翼突根部，形成颅面分离。

4. 不规则骨折。

(二)骨折片移位：骨折片下垂可致面部中1/3变长塌陷，而呈碟状脸。

(三)𬌗关系错乱：后牙早接触、前牙开𬌗等不正常𬌗关系。

(四)Ⅱ、Ⅲ型骨折常出现眶周皮下瘀血(眼镜征)、结膜出血、眼球运动及功能障碍、复视等症状。

(五)在腭部及口腔前庭骨折相应的部位可有粘膜撕裂、出血或粘膜下瘀斑。

(六)摇动上前牙，上颌骨随之移动。

(七)常并发颅脑损伤，出现脑脊液鼻漏或耳漏等。

(八)X线摄片(鼻颏位、头颅正位与侧位等)可明确诊断。

【治疗】

(一)有颅脑损伤者应首先处理颅脑损伤。

(二)骨折段的复位固定应尽早进行，同时处理软组织损伤。

(三)以手法复位为主，也可做口内或口外牵引复位。

(四)如下颌骨正常而上颌骨骨折时，应行颌间结扎，再加颅颌固定；如同时伴有下颌骨骨折时，应先将下颌骨复位固定，再行颌间结扎加颅颌固定。颅颌固定的方法有石膏帽悬吊和骨间结扎与悬吊。上颌骨骨折无论是否行颌间结扎，均须做颅颌固定。

(五)上颌骨骨折一般固定3周左右。

(六)应用抗生素预防感染，注意口腔卫生。

(七)结扎固定期满，在拆除固定装置前有条件者应摄片复查。拆除固定应逐步施行，首先拆除颌间结扎固定，观察数天后，如无骨折片异常活动及𬌗关系改变者，方进一步拆除单颌结扎。

下颌骨骨折

下颌骨骨折多见于外力损伤所致。

【诊断要点】

(一)多发于正中联合(颏部)、颏孔部、下颌角及髁状突颈部,骨折部位可发生在一侧,也可发生在双侧,骨折线可单发,也可多发。

(二)骨折片移位、𬌗关系紊乱。

1.颏部骨折:单发的正中骨折常无明显移位,双发骨折常有轻度前牙开𬌗、骨折片向下后方移位及下颌牙弓缩窄。

2.颏孔部及下颌角区骨折:患侧骨折片常向上内移位,出现患侧后牙早接触、健侧前牙开𬌗,触诊发现下颌下缘及体部外面有台阶式凹陷。

3.髁状突颈部骨折:髁状突触诊,髁突运动消失。单侧髁突颈骨折,可有对侧磨牙区开𬌗;双侧髁突颈骨折,可见前牙开𬌗。

(三)骨折部位能上下活动和闻及骨摩擦音。

(四)局部肿胀、压痛,体部常有牙龈撕裂及出血。

(五)张口受限、运动失调、疼痛及下唇麻木。

(六)髁突颈部骨折时,可伴发外耳道贯通伤及颅中凹骨折,出现外耳道出血或溢出脑脊液。

(七)X线摄片(下颌骨后前位、侧位,颞颌关节张闭口位),可明确骨折部位及性质。

【治疗】

(一)应在无全身并发症或全身情况稳定后,及早进行局部治疗。

(二)治疗原则是正确的复位、可靠的固定和有效的抗感染,复位与固定均以恢复正常𬌗关系为标准(无牙𬌗者应以恢复全口义齿的正常咬合为准)。

(三)乳牙列或混合牙列儿童患者,复位要求可不必像成人那样严格,多做保守治疗而少用手术复位及骨间结扎。

(四)骨折线上的牙,除因固位所必须保留者外,凡已松动、折断、龋坏或有慢性炎症者均应拔除,以免招致感染及影响骨折愈合。

(五)对合并软组织损伤者,应与骨折同时处理,其处理要点见前。

(六)复位:根据情况在局麻或全麻下进行。

1. 手法复位：运用于骨折早期、较简单骨折。

2. 牵引复位：适用于手法复位失败者，多发性骨折或骨折断端已有纤维性愈合者。

3. 手术复位：适用于复杂型骨折须做骨间固定者，如开放性骨折或手法与牵引均失败的已错位愈合的陈旧性骨折。

（七）骨折复位后应行固定：

1. 单颌固定：仅用于无明显移位的简单骨折。常用的方法是牙弓夹板固定。

2. 颌间固定：适用于各个部位的骨折。常用的方法是带钩牙弓夹板颌间固定。

3. 骨间固定：适用于各种类型的骨折。术中应注意避免损伤牙根、牙胚及神经。

4. 颌周固定：适用于无牙颌患者。

（八）髁状突颈部骨折者首选保守疗法，即在磨牙区置2～3mm厚的橡皮垫，颌间做弹性牵引，外用颅颌弹性绷带固定。陈旧性者、开放性者或低位斜行骨折者可考虑骨间结扎或摘除髁状突。

（九）应用抗生素预防感染，注意口腔卫生。

（十）骨折固定时间为4周左右（髁突颈部骨折2～3周），结扎固定及拆除固定装置的处理原则同上颌骨骨折。

颧骨及颧弓骨折

颧骨及颧弓骨折多因外力打击或撞击所致。

【诊断要点】

（一）面部不对称，患侧颧骨或颧弓部塌陷。

（二）骨折片压迫喙突可致张口受限；损伤眶下神经或颧面、颧颞神经，出现面部麻木；损伤面神经颧支可致眼轮匝肌瘫痪；眶底下移可产生暂时性或永久性复视。

（三）眶周、眼睑和结膜下可出现瘀斑；上颌窦粘膜破裂，可有鼻出血。

（四）可伴上颌骨骨折。

（五）面部触诊可有骨摩擦音；口内上磨牙区前庭沟触诊，可感到颧上颌、颧喙间隙变窄。

(六)X 线摄片(鼻颏位、颧弓切线位),可明确骨折线与移位情况。

【治疗】

(一)单纯颧弓骨折,颧骨、颧弓骨折移位不明显,无张口受限或严重畸形,可不必处理。

(二)用巾钳颧弓牵拉法、口内复位法或额部切开复位法,将移位的颧骨或颧弓撬起复位,并做适当固定;如一般方法不能复位,可采用切开复位、骨间固定法。

(三)粉碎性颧骨骨折可采用上颌窦填塞复位法,2 周后将填塞的碘仿纱布条自鼻腔分次抽出。

(四)复位固定后,应注意保护患侧,勿使其遭受外力撞击或受压。

(五)陈旧性骨折伴有面部畸形或功能障碍者,应根据情况进一步手术治疗矫正。

口腔粘液腺囊肿

口腔粘液腺囊肿是口腔小粘液腺导管口阻塞后,腺体分泌物潴留而形成的囊肿。

【诊断要点】

(一)可有粘膜或腺体损伤史。

(二)常反复发作,破裂后流出透明无色粘液。

(三)好发于下唇内侧、舌尖及舌腹。呈淡蓝色半透明状柔软之肿块,边界清楚,有时突出表面呈水泡状。直径一般小于 1cm。

(四)多次损伤与复发后,囊肿周围有瘢痕,可与粘膜粘连,囊肿呈白色小硬结。

【治疗】

(一)囊肿摘除术:适用于囊肿与粘膜无粘连者。切口周围暴露的粘液腺应予一并摘除,减少复发机会。

(二)囊肿切除术:适用于多次复发、局部瘢痕多或囊肿与粘膜有粘连者。

(三)不愿手术者,可考虑冷冻或激光治疗,也可于囊腔内注入 2% ~ 5% 碘酒,3min 左右将碘酒抽出即可。

舌下腺囊肿

舌下腺囊肿系因舌下腺导管炎症、涎石、损伤等因素，使涎液潴留而形成。由于其外观酷似蛙鸣时鼓起的咽囊，故又称哈蟆肿。

【诊断要点】

（一）好发于儿童及青少年。

（二）多有反复破裂肿大史，囊肿破裂后流出蛋清样粘液，不久又复肿大。

（三）囊肿多位于口底一侧的粘膜下，呈淡蓝色，长大时可越过中线，并将舌体抬高，影响进食及说话。囊肿也可能循口底肌肉间的筋膜薄弱处突入颌下或颏下。

（四）囊壁较薄，触之柔软，穿刺可抽出蛋清样液体。

（五）囊肿伴有继发感染时，可出现肿胀、疼痛。

【治疗】

（一）手术治疗：大型舌下腺囊肿或已穿过下颌舌骨肌者，应行舌下腺及囊肿摘除术。

（二）保守治疗：对不愿手术治疗者，应先将囊肿内液体尽量抽出后，注入2%～5%碘酒，停3～5min再将碘酒抽出即可。

牙源性颌骨囊肿

牙源性颌骨囊肿是指发生于颌骨内，由牙组织或牙组织演变而来的囊肿。临床上分为根尖囊肿、始基囊肿、含牙囊肿和角化囊肿。

【诊断要点】

（一）多见于青少年（根尖囊肿可发生于任何年龄），为慢性无痛性颌骨膨大，早期一般无自觉症状

（二）根尖囊肿多有深龋、残根或死髓牙；始基囊肿、含牙囊肿多有缺牙；角化囊肿可有缺牙，也可无缺牙。

（三）囊肿增大可使骨质膨隆，骨皮质变薄，扪诊有乒乓球感或闻及羊皮纸样脆裂声。

（四）穿刺时有草黄色液体，可含胆固醇结晶；角化囊肿可含有皮脂样物质。

(五)囊肿过大时,可引起面部明显畸形。上颌囊肿可侵入鼻腔及上颌窦;巨大的下颌囊肿,少数可引起病理性骨折。

(六)X线摄片,可见圆形或卵圆形透光阴影,边缘整齐,周围常呈现一明显白色骨质反应线。可为单房,也可为多房。

(七)临床上角化囊肿与造釉细胞瘤有时很难鉴别,特别是在由囊肿转变为造釉细胞瘤或有造釉细胞瘤同时存在的病例。造釉细胞瘤穿刺无液体或为棕褐色液体,X线片显示其边缘为切迹状,肿瘤区域内牙根呈截断样或锯齿状吸收,多房性的房室大小相差较悬殊,颊侧膨胀显著。角化囊肿穿刺为草黄色液体或皮脂样物质,X线片显示其边缘多整齐,多房性的房室大小较均匀,多向舌侧膨胀生长。但两者须借助病理检查方能最后确诊。

(八)多发性角化囊肿伴有皮肤多发性基底细胞痣(或基底细胞癌)、脊椎和肋骨畸形(颈肋或分叉肋)、颅内脑镰钙化,以及眶距增宽、眼部病变等,称为基底细胞痣(癌)综合征或称颌骨多发性角化囊肿综合征。

【治疗】

(一)手术摘除囊肿,囊腔内的牙应根据具体情况予以拔除或行根管治疗。

(二)角化囊肿易复发易恶变,手术应更彻底。根据不同情况可用石炭酸烧灼囊壁或辅以冷冻治疗;也可考虑颌骨方块切除;多次复发者应行颌骨部分切除植骨。

牙龈瘤

牙龈瘤来源于牙周膜及颌骨牙槽突的结缔组织,为良性肿瘤。非真性肿瘤,但手术不彻底则易复发。

【诊断要点】

(一)多发于中青年女性。

(二)好发于牙龈乳头部。唇、颊侧较舌、腭侧多见,最常见的部位是双尖牙区。

(三)肿瘤较局限,呈半球或椭球状,少数呈分叶状,有蒂或无蒂。较大的牙龈瘤表面可见有牙压痕,并可使邻牙松动、移动。

(四)局部常有刺激因素存在,如结石、不良修复体、残根等。

(五)与内分泌有关,妊娠妇女可发生牙龈瘤,分娩后侧缩小或消失。

【治疗】

(一)手术彻底切除以减少复发机会,并同时去除局部刺激因素。对复发病例,应拔除有关病牙,刮除牙周膜。

(二)妊娠性龈瘤只有在分娩后仍不消退时,才行手术切除。

血 管 瘤

血管瘤是先天性血管畸形,起源于胚胎时期或血管组织,为良性瘤。

【诊断要点】

(一)多见于婴儿出生时或出生后不久,少数在成人时出现。

(二)根据病史及临床表现可分为3种类型:毛细血管型血管瘤、海绵状血管瘤和蔓状血管瘤(又称葡萄状血管瘤)。3种类型中有1种以上同时存在者,则称为混合型血管瘤。

1.毛细血管型血管瘤:

(1)好发于颜面部皮肤,口腔粘膜较少。

(2)外形不规则,大小不一,周界清楚,可高出皮肤或与皮肤平。位于皮肤或粘膜内。

(3)呈鲜红或紫红色,压之变白,压力去除后又复原。

(4)面积大、平皮肤者称葡萄酒斑状血管瘤;突出皮肤,高低不平,似杨梅者称杨梅样血管瘤。

2.海绵状血管瘤:

(1)好发于唇、舌、颊粘膜以及深层组织与下颌骨内。

(2)位置较深者,皮肤或粘膜颜色正常;表浅者则呈蓝色或紫色。

(3)扪诊肿瘤柔软,边界不太清楚,可以被压缩,有时可扪及静脉石。体位移动试验阳性,穿刺有血液。

(4)发生于下颌骨内者称颌骨中心性血管瘤。多在拔牙后或自发性出血而发现,X线片显示骨小梁破坏,呈蜂房状阴影。

3.蔓状血管瘤:

(1)多见于成人,幼儿少见。常发生于额颞、颊及下颌骨内。

(2)位于皮下多见,但也可累及皮肤,皮肤色泽不变或呈红斑;肿瘤高出皮肤呈念珠状迂曲,压之一般无改变。

(3)扪诊有搏动感;听诊有吹风样杂音。

(4)发生于颌骨者称颌骨中心性血管瘤。

(三)为明确肿瘤部位、大小、范围及其吻合支的情况,海绵状血管瘤可行瘤腔造影,蔓状血管瘤应行颈动脉造影。

【治疗】

(一)在婴幼儿期如生长不快且无功能障碍者,可暂不予治疗,严密随访观察。

(二)手术治疗:适用于各型能手术切除者,是蔓状血管瘤、颌骨中心性血管瘤的主要治疗方法。

(三)药物治疗:对生长迅速的婴幼儿海绵状血管瘤可口服强的松,4~5mg/kg体重,隔日1次,4周为1疗程。术前服用,可缩小瘤体、减少术中出血;或强的松龙瘤腔注射。

(四)注射硬化剂:适用于海绵状血管瘤。常用5%鱼肝油酸钠、10%明矾溶液或奎宁乌拉坦做瘤腔注射,1~2周注射1次。

(五)冷冻、激光治疗:适用于表浅而局限的血管瘤。

(六)综合治疗:用于巨大型血管瘤。

造釉细胞瘤

造釉细胞瘤为颌骨中心性上皮肿瘤,在牙源性肿瘤中较为常见;起源于釉质器或牙板上皮,亦可由口腔粘膜基底细胞而来。为良性瘤。

【诊断要点】

(一)多见于青壮年;下颌骨比上颌骨多,好发于下颌体及下颌角部。

(二)肿瘤生长缓慢,早期无自觉症状;逐渐发展可使颌骨膨大,造成面部畸形;继续增大,使颌骨外板变薄,触之有乒乓球感。

(三)肿瘤侵犯牙槽骨时,可使牙松动、移位或脱落;晚期肿瘤可侵入周围软组织;肿瘤压迫下牙槽神经时,患侧下唇可感麻木不适;巨大型肿瘤可发生病理性骨折。

(四)X线摄片:可见颌骨膨胀,有多房阴影,边缘呈半月型切迹,囊内牙根尖呈不规则吸收;但也可单房。可含牙或不含牙。

(五)穿刺无液体或为棕褐色液体。

(六)肿瘤绝大多数为具有局部浸润性的临界瘤,恶性者少见。

(七)偶尔见位于软组织的造釉细胞瘤,多发生在下颌磨牙区,无骨质破坏。

(八)应与牙源性角化囊肿相鉴别。参见牙源性颌骨囊肿。

[治疗]

(一)手术治疗:局部呈浸润性者,应切除正常组织0.5cm以上;能保留下颌骨边缘者可行方块切除术;不能者应做下颌骨部分切除,并立即植骨。

(二)软组织造釉细胞瘤行局部切除术。

(三)确诊为恶性造釉细胞瘤者,按恶性肿瘤处理。

混 合 瘤

混合瘤为涎腺常见肿瘤,来源于涎腺上皮,为良性瘤。肿瘤含有肿瘤性上皮组织、粘液样组织或软骨样组织,又名多形性腺瘤。好发于腮腺、腭腺及颌下腺。

[诊断要点]

(一)一般生长缓慢,病程可长达十几年。

(二)肿瘤表面光滑或呈结节状,周界清楚,质地中等,可活动,与皮肤(粘膜)无粘连,无压痛。

(三)腮腺混合瘤多位于耳垂下或耳屏前,亦可位于咽旁。深叶肿瘤向咽旁及软腭突出,可妨碍咀嚼及吞咽;向外侧生长时,活动性较差,张口时肿瘤可内陷。硬腭部混合瘤常不活动。颌下腺混合瘤亦可向口底及咽房生长。

(四)肿瘤逐渐增大,出现面部畸形。如无恶变,则不出现面神经麻痹症状;如肿瘤突然迅速增大、疼痛,并与周围组织粘连甚至破溃或出现面神经麻痹症状时,应考虑已发生恶变。

(五)涎腺造影片显示占位性病变。

[治疗]

(一)混合瘤包膜不完整,易复发,故手术应按临界瘤手术原则处理。

(二)发生在腮腺浅叶者,应行保留面神经的腮腺浅叶切除术;发生于深叶者,应行面神经解剖腮腺及肿物切除术。

(三)颌下腺混合瘤应行颌下三角清扫术。

(四)腭部混合瘤应同时切除肿瘤区的粘膜及骨膜。

牙 龈 癌

牙龈癌多为高分化鳞癌为恶性,下牙龈癌较上牙龈癌为多,男多于女,是口腔癌中最多见的一种。

【诊断要点】

(一)肿瘤位于牙龈部,生长较慢,以溃疡型为多见。

(二)早期浸润牙槽骨及颌骨,引起牙松动、移位、脱落。上颌牙龈癌可侵入上颌窦及腭部;下颌牙龈癌可侵及口底或颊部。如发展到磨牙后区及咽部时,可引起张口受限。

(三)早期牙龈癌易与慢性炎症混淆,可借 X 线摄片或活检相鉴别。

(四)牙龈癌淋巴转移途径:上牙龈→颌下淋巴结→颈深上淋巴结;下牙龈→颌下或颏下淋巴结→颈深上淋巴结。

(五)活检以确定肿瘤病理性质。

【治疗】

手术治疗为主。未分化癌可考虑应用放射治疗。有颈淋巴转移者,应同期行选择性颈淋巴清扫术。

舌 癌

舌癌多为鳞癌,多位于舌前 2/3 部位;少数为腺癌,多位于舌根部。为恶性。

【诊断要点】

(一)好发于舌侧缘中 1/3 部位,局部有溃疡或浸润块,可有自发疼痛。

(二)一般恶性程度高,生长快,浸润性强,常波及舌肌及舌下神经,致舌运动受限,说话、进食及吞咽均发生困难。

(三)晚期多侵犯口底,与原发于口底癌侵犯舌部者不易鉴别。

(四)肿瘤相应部位常有慢性刺激因素存在,如残根或锐利牙边缘嵴等;也可存在有白斑等癌前病损。

(五)舌癌常发生早期颈淋巴结转移,以颈深上、中群淋巴结为多见;亦可呈跳跃式转移。远处多转移至肺部。

(六)肿瘤活检可明确病理性质。

【治疗】

(一)对肿瘤范围局限、表浅、分化良好及浸润较小的原发灶。可局部手术切除或冷冻、激光治疗;浸润较大者,可先行放疗以控制原发灶后,再行颈淋巴清扫术;舌癌晚期或舌根的病灶,则应以手术治疗,辅以放疗及化疗。

(二)颈部淋巴结应做治疗性或选择性清扫术。

(三)舌缺损1/2以上者,应行组织移植舌成形术。

(四)中医治疗:

1.郁火上攻:舌部变厚或为硬结,如豆如菌;或有糜烂,突若泛莲。疼痛难忍,流涎臭秽,心烦不寐,尿黄量少,苔黄,脉数。治法:清心降火,解毒化瘀。方药:导赤散加黄连、栀子、蒲公英、郁金、山豆根、草河车、藤梨根。

2.火盛阴伤:舌紫赤、肿痛,溃烂臭秽,转动不便,妨碍饮食,身热口渴,日渐消瘦,苔黄厚,脉滑数。治法:清热解毒,泻火滋阴。方药:清凉甘露饮加山豆根、山慈姑、龙胆草。

3.气血两亏:舌本短缩,不能转动,进食艰难,语言困难,身体消瘦,心悸气短,神疲倦怠或虚烦不寐,苔薄白,脉细弱无力。治法:补益心脾,益气养血。方药:归脾汤加减。颈部结块肿大者加海藻、昆布;阴虚热盛者加生地、玄参、金石斛;大便溏薄者加山药、扁豆或用六君子汤。

(五)单验方:

1.梅花点舌丹,吞服,每次2粒,3次/d。

2.蝎子20g,油炸后,打入鸡蛋1个,共食。每天数次。

唇　癌

唇癌好发于下唇,以鳞癌为多。为恶性。

【诊断要点】

(一)多见于户外工作者,日常有吸烟史。

(二)好发于下唇中线与口角联线的中点。

(三)唇癌生长较慢,一般无自觉症状。早期为疱疹状、结痂的肿块,或局部粘膜增厚,随后出现菜花样肿块或火山口样溃疡。

(四)淋巴转移较晚,上唇癌向耳前、颌下及颈深淋巴结转移;下唇癌则向颏下、颌下淋巴结转移。

(五)活检可明确肿瘤病理性质。

【治疗】

(一)范围局限、浸润较小的原发灶,可行放射、冷冻及激光治疗;范围较大者,应以手术切除为主。

(二)临床上未证实有颈淋巴结转移者,可行选择性舌骨上淋巴清扫术或严密观察;已证实有转移者,应行颈淋巴清扫术。

(三)中医治疗:

1. 津伤液乏:唇部小结如豆或大如蚕,突肿坚硬,白皮皱起,局部不适,微痛或不痛,口干而渴,舌红、少津、苔薄白,脉细数。治法:润燥生津,清热凉血。方药:清凉甘露饮。

2. 实火:初期或中期。唇部肿结,坚硬疼痛,干燥皱裂,妨碍饮食,面部红赤,大便秘结,舌红、苔黄,脉滑数有力。治法:泄热通便。方药:凉膈散。

3. 虚火:见于晚期。肿结破溃,时津恶臭血水,久不愈合,伴五心烦热,两颧潮红,口干咽燥,形体羸瘦,舌红、少苔或光红无苔,脉虚数无力。治法:滋水养阴,引火归源。方药:八味丸。

(四)单验方:

1. 蜈蚣1条、僵蚕10g、全虫3g、栀子10g、甘草10g、防风10g、藿香10g、生石膏15g,共研细末,3g/次,3次/d。

2. 全虫、蛇蜕、蜂房各等量,共研细末,吞服,3g/次,3次/d。

颞下颌关节脱位

下颌髁状突滑出关节以外,超越了关节运动正常限度,以致不能自行复回原位者,称为颞下颌关节脱位。按性质可分为急性、复发性和陈旧性脱位;按髁状突脱出的方向、位置,又可分为前方、后方、上方及侧方脱位。临床上以急性前脱位最常见。

【诊断要点】

(一)患者有大张口或损伤史。

(二)下颌运动失常,呈开口状不能闭口;语言不清,流涎,咀嚼和吞咽

困难。

（三）下颌前伸、脸型变长；后牙早接触，前牙呈开𬌗；耳屏前触诊有凹陷。

（四）单侧髁状突脱位，颏部偏向健侧，健侧后牙呈反𬌗。

（五）X线摄片可见髁状突脱位于关节结节的前上方。

【治疗】

（一）复位：

1. 口内法：患者端坐在口腔手术椅（或普通凳）上，头紧靠墙壁，下颌牙𬌗面应低于术者肘关节水平。术者二大拇指裹以纱布并置于下颌磨牙𬌗面及磨牙后三角区，其余四指握住下颌下缘。复位时拇指压下颌骨向下，力量逐渐增大，其余手指将颏部缓慢上推；当髁状突移到关节结节水平以下时，再轻轻向后推，髁状突即可滑入关节凹而得复位。

在复位时应解除患者的肌紧张，使其与术者配合，并防止咬伤术者拇指。

2. 口外法：用二拇指将髁状突向下后方挤压，其余四指配合，使髁状突滑入关节凹。

（二）限制下颌运动：下颌复位后，应采用颅颌绷带限制下颌运动1～2周，以防下颌关节再脱位。

唇　　裂

唇裂是胚胎期上颌突与球状突未融合或融合不全所致。俗称兔唇。

【诊断要点】

（一）按裂隙部位分：

1. 单侧裂：完全、不完全。

2. 双侧裂：完全、不完全、混合型。

（二）按裂隙程度分：

1. 隐裂：皮肤粘膜连接而口轮匝肌裂开，临床表现为一稍宽而凹，但皮肤有连接的裂痕。

2. 一度唇裂：指红唇部的裂开。

3. 二度唇裂：指上唇部分裂开，但未及鼻底。

4. 三度唇裂：指上唇、鼻底完全裂开。

5. 二、三度唇裂可同时伴发牙槽裂。

【治疗】

(一)唇裂修复的目的在于恢复上唇的外形和吸吮、语言功能。

(二)唇裂手术方法的原则:定点时应注意正常的解剖标志;切开时,皮肤、肌肉和粘膜应在一平面上,垂直、整齐;张力较大的完全唇裂,还应增加松弛切口,以减少缝合张力;缝合时,应用细针、细线,对合准确。

(三)单侧唇裂常用手术方法为三角瓣法和旋转推进法。

(四)双侧唇裂常用手术方法为前唇原长整复术和前唇加长整复术。

(五)双侧完全性唇裂如上颌骨前突显著,用一般方法不能减张且影响唇裂手术时,可做前颌突后退术。

腭　　裂

腭裂是胚胎期腭突未融合或融合不全所致,俗称狼咽。

【诊断要点】

(一)隐裂:为粘膜完整的粘膜下组织(肌肉、骨)裂。多数限于软腭或延及部分硬腭。

(二)悬雍垂裂或软腭裂。

(三)不完全腭裂:软硬腭裂开,但牙槽突完整;鼻中隔居中。

(四)单侧完全腭裂:软硬腭裂并直抵牙槽突;有时牙槽突的两部分互相接触,但中间仍有裂缝;有时两者可以分隔极远,常伴有同侧完全性唇裂。

(五)双侧完全性腭裂:常与双侧完全唇裂同时发生。鼻中隔、前颌突及前唇部分孤立于中央。

(六)一侧完全,另一侧不完全的混合型腭裂。

【治疗】

(一)腭裂修复的主要目的:①将裂开的腭部缝合,从而分隔口腔与鼻腔间不应存在的交通,便于进食;②是使患者重新获得一个有充分长度和功能良好的软腭,为恢复正常发音创造条件。

(二)腭裂整复常用的手术方法有改良的兰氏整复术、半后推术、二瓣术、咽后壁组织瓣转移术、腭咽肌瓣转移术等。

(三)腭裂术后的语音矫治:腭裂整复术后 1~2 月开始进行语音矫

治，这是整个腭裂治疗十分重要的环节。语音矫治分 2 个阶段：第 1 阶段主要练习软腭及咽部的肌肉活动，使有效地完成“腭咽闭合”动作；第 2 阶段主要练习字音，直到能够掌握正确的谈话为止。

第十一章　恶性肿瘤的诊断和治疗

第一节　恶性肿瘤的诊断线索

肿瘤是机体在各种致瘤因素的作用下，局部组织的细胞异常增生而形成的新生物，这种新生物常表现为局部肿块。根据肿瘤的形态学和肿瘤对机体的影响，肿瘤可以分为良性肿瘤和恶性肿瘤2大类。良性肿瘤呈膨胀性生长，组织分化程度好，细胞异型性小，不发生远处转移，对人体影响小，治疗效果好，不易复发；恶性肿瘤呈浸润性生长，组织分化程度差，细胞异型性明显，治疗效果差，易复发和转移，对人类生命健康危害极大。

恶性肿瘤俗称为癌症，临床上常简称为肿瘤，它是一类严重危害人类生命健康的常见病、多发病。全国每年大约有120万人死于这种疾病，它与心脏病、脑血管疾病一起是引起人类死亡的三大主要病因，因此恶性肿瘤的预防、诊断和治疗是目前医学研究的重点课题。

血液系统恶性肿瘤，如白血病、恶性组织细胞病、多发性骨髓瘤、恶性淋巴瘤等常在早期即有癌细胞在全身广泛播散和浸润，所以多年来被认为是一种全身性疾病。而其他系统的肿瘤，如肺癌、肝癌、胃癌、食管癌、乳腺癌等均以局部肿块为主要临床表现，在早期全身症状常不典型，临床上习惯将这些肿瘤称为实体瘤，随着癌症研究的深入，目前认为实体瘤也是一种全身性疾病。

从肿瘤治疗学的角度，肿瘤可以分为3期：早期、中期和晚期。早期肿瘤治疗效果好，5年生存率高，但由于早期肿瘤多无典型症状，部分病例可以毫无症状，出现症状去医院就诊时大多数已是中晚期病例，治疗效

果差，5 年生存率低。临床实践充分证明，现阶段提高肿瘤治愈率的关键是提高肿瘤的早期发现、早期诊断和早期治疗水平。

由于肿瘤是在各种致癌因素的长期作用下逐渐发生的，不同肿瘤的发生与许多因素有关，许多肿瘤在早期会出现一些非特异性症状，因此临床医生特别是基层医生如能掌握肿瘤诊治的基本知识，在实际工作中时刻警惕，及时抓住一些肿瘤早期诊断的线索，深入追查，常可在早期发现肿瘤。一般来说，肿瘤早期诊断的线索主要可以分为以下几类：

（一）人群、地理环境、生活习惯等线索：

1. 地理环境因素：许多肿瘤的发生有较明显的地区性分布特点，不同的地区高发肿瘤不同，如太行山南段的河北、河南、山西三省交界地区食管癌发病率很高，广东、广西鼻咽癌发病率很高，肝癌在广东、福建、江苏、华东沿海一带发病率较高，肺癌在工业发达的大城市中发病率很高，胃癌的高发区则在西北、华北、东北、华东等地区。

2. 年龄线索：许多肿瘤有其好发年龄时期，如儿童、青少年易患白血病、肾母细胞瘤、骨肉瘤、神经母细胞瘤、恶性淋巴瘤等，而食管癌、肺癌、胃癌、肝癌等大多数常见的实体瘤多发生在 40 岁以上的人群。

3. 性别线索：除不同性别特有的器官肿瘤（如女性的卵巢肿瘤、子宫肿瘤和男性的睾丸肿瘤、前列腺癌、阴茎癌等）外，女性的乳腺癌、胆囊癌多于男性，而大多数实体瘤（如肺癌、胃癌、食管癌、肝癌等）则男性多于女性。

4. 生活习惯：不良的饮食习惯及特殊嗜好可引起癌症，如长期吸烟者易患肺癌，久食霉变食物易发生肝癌，久食酸菜易患食管癌、肝癌，长期食用大量动物脂肪者易发生大肠癌等。

（二）病史与癌前病变的线索：病史是诊断癌症的重要线索，许多癌症是发生在原有良性病变和疾病的基础上。癌前病变和疾病是指某些具有癌变潜在可能性的良性病变和疾病，这些病变长期不愈有可能转变成癌症。但应注意的是并不是所有的癌前病变和疾病都会转变成癌症，也不是所有的癌症都来自癌前病变和疾病。

癌前病变和疾病经过积极治疗后可以痊愈，真正转变成癌症的比例很小。常见的癌前病变有：

1. 乳腺囊性增生症、乳管内乳头状瘤、纤维腺瘤与乳腺癌有关，长期

不愈有可能转变为乳腺癌。

2. 慢性胃溃疡、萎缩性胃炎与胃癌有关，尤其是伴有不典型增生的病例，癌变的可能性较大。

3. 慢性乙型肝炎、肝硬化与肝癌有关。

4. 慢性食管炎伴不典型增生者与食管癌有关。

5. 子宫颈糜烂与子宫颈癌有关。

6. 结肠、直肠息肉与结肠癌、直肠癌有关。

7. 皮肤慢性溃疡与皮肤癌有关。

8. 粘膜白斑：常发生在食管、口腔、子宫颈及外阴等处粘膜，与癌症有关。

(三)症状与体征的线索：中晚期癌症常有较典型的症状和体征，很容易明确诊断，但早期癌症症状不典型，容易引起误诊、误治，如胃癌按一般胃病治疗，食管癌按咽炎治疗，肺癌按肺炎治疗等。不同的肿瘤由于肿瘤生物学行为、性质、生长部位等不同，常会引起不同的首发症状，这些症状常常是患者去医院看医生的主要原因，临床上习惯把这些首发症状称为肿瘤的危险信号。常见癌瘤需予警惕的危险信号有以下几种：

1. 体表或内脏(如乳腺、皮肤、口腔、肝脏、肺脏、胰腺等部位)近期出现的肿块，逐渐增大，应考虑肿瘤。

2. 近期出现原因不明的体重明显减轻、消瘦。

3. 持续性消化异常或食后上腹部饱胀感，应考虑上消化道癌。

4. 吞咽食物时，胸骨后有不适感、梗噎感，应考虑食管癌。

5. 持续性咳嗽、声音嘶哑、痰中带血，应考虑肺癌、喉癌。

6. 无痛性血尿，应考虑泌尿系统肿瘤。

7. 鼻塞、鼻涕带血、头痛，应考虑鼻咽癌。

8. 大便潜血持续阳性，应考虑消化道癌。

9. 大便带血、大便习性的改变，应考虑结肠癌。

10. 月经过多、绝经后出现不规则阴道出血、性交出血，应考虑子宫颈癌。

11. 不明原因的长期发热，应考虑肿瘤，特别是白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病和肝癌等容易引起发热。

12. 不明原因的持续性疼痛：①头痛：颅内肿瘤；②胸痛：肺癌、纵隔

肿瘤、胸膜肿瘤；③肝区疼痛：肝癌；④上腹痛：胃癌、胰腺癌；⑤腰背痛：胰腺癌、脊椎转移瘤等；⑥骨痛：骨肉瘤、骨转移瘤。

13. 血性体腔积液：①胸腔积液：肺癌、胸膜间皮瘤、胸膜转移癌；②腹腔积液：腹腔内脏肿瘤、腹膜间皮瘤、腹膜转移癌等。

14. 不明原因的浅表淋巴结肿大，应考虑恶性淋巴瘤、淋巴结转移癌等。

15. 近期内原有的黑痣和疣发生明显变化，如颜色加深、增大、渗液和溃疡等，应考虑癌变。

应当注意的是：出现这些危险信号并不意味着一定患了肿瘤，但应及时去医院检查，以排除肿瘤。

第二节　恶性肿瘤的诊断

根据病史、临床表现、体格检查和常规辅助检查疑诊或发现肿瘤时，应进一步有针对性地选择适当的辅助检查，以尽快明确诊断。

（一）与肿瘤有关的实验室检查：

1. 粪便潜血试验：消化道肿瘤表面糜烂或溃烂时常持续阳性。

2. 肿瘤标记物检测：如甲胎蛋白（AFP）用于诊断原发性肝癌价值很大；癌胚抗原（CEA）对结肠癌的诊断、判断预后、监测复发等均有价值；其他的肿瘤标记物有唾液酸、铁蛋白、γ谷氨酰转肽酶、乳酸脱氢酶等在肿瘤诊断中均有一定的参考价值。

3. 骨髓检查：用于白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病、多发性骨髓瘤以及恶性实体瘤并骨髓转移等的诊断。

（二）影像学检查：

1. X线检查：

（1）平片：鼻咽癌、肺癌、颅内肿瘤、骨肿瘤。

（2）造影检查：适用于肿瘤与正常组织X线对比度差的部位，如消化道造影用钡餐或钡灌肠检查，用于诊断食管癌、胃肠道肿瘤；泌尿系统、胆道系统造影检查用含碘造影剂，用于诊断泌尿系统肿瘤和胆道系统肿瘤等；充气造影用于检查胸腔、腹膜后肿瘤和颅内肿瘤；血管造影用于诊断

颅内肿瘤、肺癌、肝癌、胰腺癌等。

2. 超声波检查：对心脏、腹腔内脏和盆腔器官等部位的肿瘤有诊断价值，如心房粘液瘤、肝癌、肝血管瘤、胰腺癌、胆囊癌、前列腺癌、肾癌、卵巢癌和子宫肿瘤等。超声波检查的优点是价廉、对机体无损伤，因此临床应用很广。

3. CT、MRI：是目前诊断肿瘤的先进设备，适用于全身各部位肿瘤的诊断，如颅内肿瘤、胸部肿瘤、腹部肿瘤、盆腔器官肿瘤和骨肿瘤等。但由于这类检查费用昂贵，仅在各项检查未能明确诊断或需要详细了解肿瘤的侵犯范围等时加以选用。

4. 放射性核素扫描：利用放射性核素可以被正常组织细胞或肿瘤细胞摄取、核素可在正常组织或肿瘤组织选择性聚积的特性，对病变器官进行阴性扫描或阳性扫描常有助于肿瘤等占位性病变的诊断。甲状腺肿瘤、肝肿瘤、骨肿瘤、脑肿瘤等常用放射性核素扫描以助诊断。

（二）内镜检查：内镜检查不仅可直接观察肿瘤的表面形态、体积大小、范围、有无出血等，还可通过内镜活检获得病理学诊断，临床上使用很广，应根据不同部位的肿瘤加以选择。

1. 鼻咽镜、喉镜：鼻咽癌、喉癌。

2. 支气管镜：喉癌、气管癌、中心性肺癌。

3. 胃、十二指肠镜：食管癌、胃癌、十二指肠癌、小肠上段癌。

4. 结肠镜：结肠癌、直肠癌。

5. 腹腔镜：腹腔内脏肿瘤、腹膜间皮瘤、转移瘤。

6. 胸腔镜：胸膜转移癌、胸膜间皮瘤、周围型肺癌。

7. 膀胱镜：膀胱癌。

8. 子宫镜：阴道癌、子宫颈癌。

（四）病理学检查：是目前诊断恶性肿瘤最可靠的方法，一般来说临床怀疑肿瘤时应尽可能取得病理学诊断，包括细胞学检查和组织学检查。

1. 细胞学检查：由于肿瘤细胞之间的粘合力较低，表层的瘤细胞容易脱落，这些脱落的瘤细胞常存在于机体的分泌物或渗出物中，故可用各种方法从中寻找脱落的瘤细胞以诊断肿瘤，如阴道分泌物涂片检查子宫癌，痰涂片检查肺癌，胸腹水涂片检查胸腔或腹腔的原发癌或转移癌，食管拉网法检查食管癌和贲门癌。此外，还可以用细针穿刺法抽取浅表或

深部肿瘤的瘤细胞进行细胞学检查。

2. 活组织检查：通过一定的方法取得肿瘤的全部或一部分进行病理组织学检查是诊断恶性肿瘤的最可靠方法，组织学检查不仅能确诊肿瘤，还可以了解肿瘤的细胞类型、生长方式和分化程度等。临床上常用的取材方法有以下几种：

(1)穿刺活检：使用普通或特殊的穿刺针进行穿刺，抽取小块组织进行活检，对浅表肿块或浅表肿大淋巴结可直接进行穿刺，对内脏或深部肿块可在 X 线透视、B 超或 CT 引导下进行穿刺。

(2)钳取活检：内镜检查时对可疑病变或肿块可通过内镜活检腔道用活检钳咬取小块组织进行活检。。

(3)手术活检：对浅表肿块或肿大淋巴结可通过手术摘除进行活检。内脏或深部肿块诊断不明时，也可采用手术探查切除部分或全部肿块进行活组织检查。

第三节　恶性肿瘤的治疗方法

长期以来，癌症被人们认为是不治之症，其实这种看法是非常错误的，对患者也是非常有害的。随着癌症研究的深入，癌症的治疗方案、方法不断更新和改进，目前癌症已不是不治之症，很多癌症经过综合治疗后是可以治愈的，癌症不等于死亡。据世界卫生组织专家估计：人类肿瘤的 1/3 是可以预防、1/3 可以治愈、1/3 经过综合治疗可减轻痛苦、延长生命。

癌症的治疗方法很多，主要的治疗方法有 3 种：手术治疗、放射治疗、化学治疗。辅助治疗方法有免疫治疗、中医中药治疗、内分泌治疗。其他的治疗方法还有激光治疗、冷冻治疗、加热治疗、直流电治疗等。

从治疗作用和效果来分，癌症的治疗方法可以分为 2 大类：①局部治疗方法：手术治疗、放射治疗、激光治疗、冷冻治疗、加热治疗、直流电治疗等，这些治疗方法只对肿瘤局部有治疗作用，对局部扩散和远处转移的癌细胞和亚临床转移灶无效；②全身性治疗方法：化学治疗、免疫治疗、中医中药治疗和内分泌治疗，这些治疗方法不仅对肿瘤原发灶有治疗作用，对

局部扩散和远处转移的癌细胞和转移灶也有效。

手术治疗

手术治疗是目前治疗癌症的三大主要方法之一，在癌症的综合治疗中占有重要地位，对于大多数实体瘤来说，外科手术切除肿瘤仍然是目前治疗癌症的首选方法，所以一旦确诊为癌症后，如具有手术适应证，应及时手术。

（一）对癌症手术治疗应有的认识：

1. 手术治疗是恶性肿瘤的主要局部治疗手段，对肿瘤原发灶有肯定治疗效果。

2. 肿瘤能降低机体的免疫功能，手术切除肿瘤原发灶能有效地减少机体内肿瘤细胞负荷，从而提高患者的免疫功能。

3. 对较早期肿瘤和病变局限的病例，手术切除力求彻底，而对较晚期病例，片面强调切除范围是无益的，应把重点放在维护重要组织器官功能，提高机体免疫状态的综合治疗措施上。

4. 肿瘤是一种全身性疾病，手术是一种局部治疗手段，外科手术切除肿瘤原发灶并不等于肿瘤已经治愈，术后要根据情况采用化疗、放疗、免疫治疗和中医中药治疗等进行综合治疗，以提高疗效。

5. 目前恶性肿瘤手术治疗从技术上讲已基本完善，疗效已基本达到顶峰，进一步提高改进的范围不会太大。

6. 随着肿瘤非手术治疗效果的提高，一些癌症的手术切除范围有逐步缩小的趋势，如乳腺癌的治疗方法从原来的超根治术、扩大根治术和根治术转变为目前的小手术加术后放疗、化疗和内分泌治疗等的综合治疗措施上。

7. 与其他治疗一样，手术治疗也要注意保护和提高患者术后的生存质量。

（二）手术适应证：临床上确诊为肿瘤后，能否进行手术切除原发灶是摆在医生和患者面前的一个重要选择。癌症患者能否手术主要取决于患者的全身情况、肿瘤局部情况和手术危险性等。全身情况包括患者的年龄、一般情况及重要脏器功能状态等。年轻患者、全身情况好者，争取进行根治性手术。但由于癌症多发生于中年或老年人，全身情况较差，因而

年龄、主要脏器功能状态和全身情况往往是决定患者能否手术的关键因素，特别是对机体创伤较大的胸部肿瘤手术，手术危险性较大，全身情况要求更严。肿瘤局部情况包括肿瘤病理诊断、病期早晚、局部扩散程度、有无转移等。对早期、中期肿瘤争取根治性手术，对局部扩散重和晚期癌症不能根治切除的病例也可根据情况进行姑息性手术。

(三)手术禁忌证：

1．年龄大、全身情况差、不能耐受手术。

2．患者合并有严重的脏器功能障碍，如心、肺、肝、肾功能障碍。

3．手术切除困难部位的肿瘤，如鼻腔肿瘤、食管上段癌。

4．肿瘤局部侵犯严重或与周围重要器官粘连不能切除者。

5．某些容易很早就发生转移的肿瘤，如肺小细胞未分化癌。

6．实体瘤有较广泛的全身转移。

7．血液系统肿瘤，如白血病、恶性淋巴瘤、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞病等，这类肿瘤早期即在全身播散和浸润，不能手术。

(四)手术类型：

1．探查性手术：适用于临床高度怀疑肿瘤，但各种检查不能明确诊断；临床诊断为肿瘤，全身情况允许，但术前不能肯定能否切除者，可进行手术探查。在手术探查过程中，再根据情况决定下一步的手术类型。

2．根治性手术：肿瘤连同肿瘤周围的正常组织和区域淋巴结切除的手术称为根治性手术。如乳腺癌根治术切除范围包括乳腺、腋下锁骨下淋巴结、胸肌等。根治性手术以治愈癌症为目的，适用于早、中期恶性肿瘤的治疗。

3．姑息性手术：是指手术切除部分肿瘤或以手术消除和减轻症状的一类手术。姑息性手术以缓解症状、减轻痛苦、延长生命为主要目的，不能治愈肿瘤。主要包括以下几类手术：

(1)肿瘤姑息性切除术：手术探查过程中发现肿瘤已超出根治切除范围，而切除肿瘤大部分或一部分的手术称为姑息性切除术，单纯姑息切除肿瘤虽不能治愈肿瘤，但可以缩小肿块、减少体内肿瘤细胞负荷，并可为术后进一步的综合治疗创造条件，因此在手术探查过程中，对不能根治切除的肿瘤也应尽量进行姑息性切除术。

(2)造瘘术或捷径吻合术：晚期空腔脏器肿瘤不能切除，发生器官梗

阻时，可根据情况进行造瘘术或捷径吻合术，以缓解症状。如晚期食管癌引起梗阻可行胃造瘘术或食管胃吻合术；胃窦癌并幽门梗阻不能切除时可行胃空肠吻合术；结肠癌并发肠梗阻时，可行肠造瘘术或肠捷径吻合术；胰腺癌并发阻塞性黄疸可施行胆总管与空肠吻合术等。

(3)神经阻滞术或切除术：晚期肿瘤出现严重疼痛可采取神经阻滞术或切除术以缓解疼痛，如口腔颌面部肿瘤可采取三叉神经切除术；胰腺癌并发严重腹痛时可采用50%酒精做腹腔神经丛注射术或腹腔神经切除术。

放射治疗

放射治疗俗称烤电，临床上常简称为放疗，它是利用放射性同位素所产生的α、β、γ射线，X射线治疗机及各类加速器所产生不同能量的X射线和各类加速器所产生的电子束、质子束、中子束、负π介子束以及其他重粒子束等来治疗恶性肿瘤的一门科学。

放疗是恶性肿瘤的主要局部治疗方法之一，在癌症的综合治疗中占有重要地位，据统计，人类70%的肿瘤在综合治疗过程中需要使用放疗。

(一)常用的放射治疗机器：

1.^{60}钴治疗机：是目前国内放疗的主要设备，具有以下特点：①^{60}钴射线能量高、穿透力强，对深部肿瘤可达到根治效果；②皮肤反应轻，最大吸收剂量在皮下4～5mm处，骨和软组织的吸收剂量相等；③旁向散射小，次级射线主要向前散射，射野外组织剂量小；④经济可靠，结构简单，维修方便。由于具有这些优点，^{60}钴治疗机成为目前我国放疗的主要设备，在我国仍处于发展阶段。

2.医用加速器：是目前癌症放疗的先进设备，可分为电子感应加速器、电子直线加速器、电子回旋加速器3种。加速器既能产生高能电子束，又能产生高能X射线。加速器除具有^{60}钴治疗机的优点外，还具有焦点小、无几何半影、穿透力更强、剂量率高、易防护和电子束能量可调节等诸多优点。但该机器费用昂贵、结构复杂、机器维修要求条件高，因此短期内尚难在国内普及。

3.后装治疗机：常用的放射源有^{60}钴源、^{192}铱源等，主要适用于宫颈癌、食管癌、鼻咽癌、直肠癌和肺癌等肿瘤的腔内放疗。它是把空载源容

器预先放入患者的体腔内，然后利用自动控制的方法将放射源输送到病变部位进行放疗。由于腔内放疗的穿透力有限，因此腔内放疗常作为外照射的补充照射方式

4.X线治疗机：根据输出射线能量的高低分为4档：

(1)接触X线治疗机(10～60kV)：用于治疗皮肤表面或体腔浅层的病变。

(2)浅层X线治疗机(60～140kV)：用于较大面积的皮肤或浅层病变的治疗。

(3)中层X线治疗机(140～180kV)：用于中层肿瘤的治疗。

(4)深层X线治疗机(180～250kV)：用于组织深部疾病和恶性肿瘤的治疗。

(二)放疗的照射方式：放射治疗的基本照射方式有2种：

1.外照射：又称为远距离放疗，是指放射源位于体外一定距离，定时、定向、集中照射机体某一部位。

2.内照射：又称为近距离放疗，临床上内照射很少单独使用，多配合外照射使用，对某些肿瘤如宫颈癌有较好效果。内照射可分为3种：

(1)组织间放疗：将放射源直接插入被治疗的组织内。如脑瘤、乳腺癌等可做组织间放疗。

(2)腔内放疗：将放射源密封直接放入人体的天然管腔内，如宫颈癌、食管癌、直肠癌、肺癌等可做腔内放疗。

(3)同位素治疗：利用人体某种器官对某种放射性同位素的选择性吸收，将该种放射性同位素通过口服或静脉注入人体内进行治疗。如使用^{131}碘治疗甲状腺癌。

(三)放疗分割方法：

1.常规分割方法：每次剂量180～200cGy，1次/d，每周照射5d，每周剂量1 000cGy。

2.超分割照射方法：每次剂量110～130cGy，2～3次/d，间隔6h，每周照射5d。

3.加速分割照射方法：每次剂量160～200cGy，2次/d，每周照射5d。

4.分段照射方法：每次剂量180～200cGy，1次/d，每周5d，照射4周后休息2～4周，再重复照射。

5. 大分割照射方法：每次剂量大于 200cGy，每周照射次数少于 5 次。

（四）放疗的类型：根据放疗目的和效果的不同，放疗可以分为以下几种类型：

1. 根治性放疗：是肿瘤患者在放疗后有可能达到长期生存或者治愈效果，适应于无转移的早期或中期癌症的治疗。由于根治性放疗以治愈肿瘤为目的，因此照射野要包括肿瘤和肿瘤可能侵犯的部位。但照射面积大，剂量高（一般剂量为 50～70Gy，在 5～7 周内完成）时，容易出现一些放疗副反应，因此要制定严密的放射治疗计划。

2. 姑息性放疗：是指应用放疗方法治疗癌症的原发灶和转移灶，以减轻痛苦、缓解症状、延长生命为主要目的，适应于不能行根治性放疗的晚期肿瘤治疗，姑息性放疗照射面积小、放疗剂量低，一般为根治剂量的 2/3左右，较少出现放疗副反应。

3. 术前放疗：是指对拟进行手术切除的肿瘤，先使用一定剂量的放疗，然后进行手术切除肿瘤的一种综合治疗方法。术前放疗的剂量一般为 30～40Gy，在 3～4 周内完成，放疗结束后休息 2～3 周进行手术切除。术前放疗具有缩小肿瘤、降低癌细胞活力、减轻肿瘤与周围组织粘连、提高肿瘤切除率和治疗效果等作用。

4. 术中放疗：是指在手术过程中，为提高治疗效果和预防复发，而施行的一次性大剂量照射方法。可分为预防性术中放疗和治疗性术中放疗 2 种：

（1）预防性术中放疗：某些肿瘤根治切除后，为降低高复发危险病例的局部复发率，消灭局部潜在扩散的癌细胞和亚临床转移灶，对手术区域及淋巴引流区域在手术中给予一次性放疗照射。

（2）治疗性术中放疗：是指在手术过程中，因肿瘤局部播散严重等原因，不能切除或部分切除后，对肿瘤或残留病灶进行的 1 次性大剂量放疗照射。术中放疗优点是能使肿瘤附近的重要器官免受放疗照射，射线以选择适宜能量的电子线为宜，放疗剂量可根据情况给予 20～30Gy，术中放疗对胃癌、胰腺癌等疗效较肯定。

5. 术后放疗：是指在手术后，为巩固手术治疗效果、提高肿瘤治愈率而采用的一种放射治疗方法。术后放疗选择时机宜在术后 2～4 周内开始，放疗剂量根据情况而定，一般为 40～60Gy，在 4～6 周内完成。术后

4

放疗主要适用于以下情况：①姑息性手术后，由于有残留癌组织，要进行术后放疗；②肿瘤局部扩散较重，虽肉眼观肿瘤已切除干净，但估计可能有癌细胞残留时，也应术后放疗；③某些肿瘤根治术后，进行放疗能减少局部肿瘤复发率，也可考虑术后放疗。

（五）放疗适应证：放射治疗的适应证很广泛，它包括根治、姑息、止痛、术前、术中和术后放射治疗等。除患者已达末期且为恶液质外，均可考虑放疗。

1. 头颈部鳞癌：早期手术和放疗效果相同，中期或晚期则以放射与手术的综合治疗为宜。一些特殊部位（如鼻咽癌）则以放疗为主。

2. 胸部肿瘤：肺癌和食管癌以手术治疗为主，也可在患者拒绝手术或不适合手术时，做根治性放射治疗。中晚期食管癌则以手术前放疗为好。上段食管癌以放疗为主。肺小细胞未分化癌则以化疗和放疗的综合治疗为主。

3. 乳腺癌：早期中期以手术治疗为主，但近年国外对早期（Ⅰ～Ⅱ期）的乳腺癌已转向局部小手术后做根治性放疗，疗效与乳腺癌根治术相同，且可保存乳房外观；中晚期则以放疗和化疗为主。

4. 淋巴系统肿瘤：早期、中期以放疗为主，恶性程度高者须配合化疗。晚期以化疗为主，辅以局部放疗。

5. 消化系统肿瘤：胃癌、肠癌、肝癌、胰腺癌则以手术治疗为主，放疗只能达到姑息目的。

6. 泌尿系统肿瘤：以手术根治为主，术后放疗有一定作用。

7. 妇科肿瘤：宫颈癌以放疗为主，早期病例也适于手术治疗，卵巢癌、宫体癌、则以手术为主，视情况可以做术后放疗。

8. 骨及软组织肿瘤：以手术为主，手术、放疗、化疗的综合治疗可以提高疗效。

9. 神经系统肿瘤：脑瘤大部分须做术后放疗，不能手术切除部位的脑瘤以放疗为主。

10. 甲状腺癌：以手术根治为主，对不能切除或部分切除病例应行局部放疗。

（六）放疗的禁忌证：放疗适应证很广，而禁忌证较少，一般说来出现下列情况可视为放疗的绝对禁忌证：①晚期癌症患者出现严重贫血、消瘦

等恶病质表现；②晚期癌症出现严重并发症，如食管癌并发穿孔，肺癌并发大量胸水，腹部肿瘤并发大量腹水等。

下列情况可作为放疗的相对禁忌证，应慎用或少用放疗：①对放疗不敏感的肿瘤如恶性黑色素瘤、胃癌、肠癌、骨肉瘤、软骨肉瘤等；②放疗中度敏感肿瘤已有远处转移；③放疗中度敏感肿瘤经足量放疗后局部复发，因正常组织不能耐受再次放疗；④伴有急性炎症、心力衰竭、严重贫血、严重骨髓抑制等应慎用放疗或在纠正后再行放疗。

（七）放疗的毒副反应及其防治：在现代的放疗设备情况下，如能合理设计放射治疗计划，在治疗过程中及时调整治疗方案等，那么放疗副反应很少，只有少数患者会出现一定的放疗反应，但一般不影响放疗的正常进行。

1．全身反应：主要表现为乏力、食欲不振，个别患者有恶心、呕吐等。防治办法为加强营养、西药对症治疗和中医中药治疗。

2．骨髓抑制：主要表现为白细胞和血小板减少，当白细胞少于 3×10^9/L、血小板少于 70×10^9/L 时，应暂停放疗，同时服用升白细胞药物和中医中药治疗。

3．局部反应：如皮肤粘膜反应、放射性肺炎、放射性食管炎、放射性心包炎、放射性肝炎、放射性肾炎、放射性膀胱炎和放射性直肠炎等，这些并发症主要是由于高剂量的放疗引起，所以严格控制放疗剂量在器官允许的剂量之内是防止这些并发症的关键措施。

化学治疗

恶性肿瘤的化学治疗临床上常简称为化疗，它是使用抗癌药物治疗恶性肿瘤的一门科学，由于新抗癌药物的不断出现以及化疗方案的逐步改进，化疗的效果已明显提高，成为恶性肿瘤的三大主要治疗方法之一，在恶性肿瘤的综合治疗中占有重要地位。

（一）化疗适应证：

1．造血系统恶性肿瘤，如白血病、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞病、晚期恶性淋巴瘤等。这些恶性肿瘤早期就在全身广泛扩散，采用化疗近年来已取得良好效果。

2．化疗效果较好的某些实体瘤，如皮肤癌、小细胞肺癌、绒毛膜上皮

细胞癌、恶性葡萄胎、睾丸精原细胞瘤等。

3. 实体瘤手术切除或局部放疗后的巩固治疗。

4. 实体瘤已有局部广泛播散或远处转移等，不适宜手术切除或放疗者

5. 实体瘤手术或放疗后复发或播散者

6. 癌性体腔积液，包括胸腔、腹腔或心包腔积液，采用腔内注射化疗药物，常可使积液控制或消失。

7. 肿瘤急症：上腔静脉压迫、呼吸道压迫、脊髓压迫或脑转移致颅内压增高，常先用化疗以缩小体积，减轻症状，然后进行放疗。

（二）化疗注意事项：

1. 化疗开始前必须有明确的病理组织学诊断和（或）细胞学诊断，一般情况下禁止做诊断性治疗，严禁把化疗药作为安慰剂使用。

2. 患者一般情况较好，血象与肝、肾功能正常，才能耐受化疗。凡有下列情况之一者，应慎重考虑药物的种类与剂量：①年老体弱；②以往经过多程化疗和（或）放疗；③肝肾功能异常；④明显贫血；⑤白细胞或血小板减少；⑥营养不良，血浆白蛋白明显减少；⑦肿瘤并广泛骨髓转移；⑧肾上腺皮质功能不全；⑨有发热、感染或其他并发症；⑩心肌病变等。

3. 确定要使用化疗后，首次化疗方案一定要正确，要有肿瘤化疗专科医生根据患者全身情况、肿瘤病理类型、临床分期制定正确的治疗方案和具体治疗计划，并选择适当的用药途径、用药方法与疗程。

4. 化疗过程中要密切观察化疗药物的效果与毒性，每周检查血常规，定期复查肝肾功能、心电图等。

5. 化疗结束后要进行随访。

（三）停药指征：化疗过程中，如出现下列情况之一者，须考虑停药观察，并采取必要的治疗措施。

1. 不能控制的频繁呕吐，影响进食或电解质平衡时。

2. 严重的骨髓抑制，白细胞在 3×10^9/L 以下或血小板在 75×10^9/L 以下。

3. 严重腹泻每日超过 5 次或出现血性腹泻。

4. 并发感染，体温超过 38℃ 以上。

5. 药物累积剂量超过耐受剂量，出现重要脏器的毒性反应，如心肌

损害、中毒性肝炎、中毒性肾炎或膀胱炎、化学性肺炎或肺纤维变。

(四)化疗的效果:目前化疗的效果正在从姑息性治疗效果向根治性化疗效果过渡,大致可以分为3类:

1. 化疗效果很好:如绒毛膜上皮癌、恶性淋巴瘤、白血病、睾丸肿瘤、小细胞肺癌、乳腺癌、前列腺癌、肾母细胞瘤、视网膜母细胞瘤、尤文肉瘤等。这类肿瘤化疗有明显效果,其中部分病例可以完全治愈。如急性淋巴细胞性白血病的治愈率为50%、绒癌的治愈率为70%~90%、恶性淋巴瘤的治愈率为50%~70%。

2. 化疗效果较好:如多发性骨髓瘤、卵巢癌、子宫内膜癌、肾上腺癌、骨骼与软组织肉瘤、胃肠道癌、鼻咽癌等。这类肿瘤化疗能取得较好效果,可延长生命。

3. 化疗效果较差:如恶性黑色素瘤、部分非小细胞肺癌、宫颈癌等。这类肿瘤化疗效果较差,化疗仅能暂时缓解症状。

(五)抗癌药的毒副作用及其防治:许多患者和非肿瘤专科医生都认为化疗毒性太大,把化疗看成是"非常可怕的治疗",不主张或拒绝化疗,这种看法和做法都是极端错误的。诚然,由于目前的抗癌药物选择性较差,在杀死、杀伤癌细胞的同时,常会出现一些毒副作用,但这些毒副作用经过积极的对症治疗是可以避免或减轻的,一般不会对机体造成明显的损害。

1. 消化系统反应:大多数化疗药物有一定的消化系统反应,主要表现为食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。对症治疗可选用以下药物:

(1)止吐药物:胃复安、维生素B_6、氯丙嗪等。

(2)皮质类固醇:地塞米松、甲基强的松龙等。

(3)安定镇静剂:安定、氯羟安定。

(4)抗组织胺药物:异丙嗪、苯海拉明等。

(5)5-羟色胺受体阻断剂:枢复宁,该药止吐作用很强,缺点是价格昂贵。

(6)中医中药:旋复花、代赭石、连翘、陈皮、半夏、竹茹等。为了增强止吐效果,临床上常联合使用上述几类药物,如胃复安、安定、地塞米松联合使用,止吐效果良好。

2. 造血系统毒性反应:化疗药物引起的骨髓抑制主要表现为白细胞

降低，其次是血小板降低，严重时红细胞和血红蛋白含量亦下降。严格掌握化疗适应证，制订合理的化疗方案，可避免或减轻化疗药物的毒性。化疗期间加强营养、配合中药治疗、维生素及升白细胞药物，在一定程度上可以防止骨髓抑制的发生。一旦出现骨髓抑制可采取以下措施：①当白细胞低于3×10^9/L、血小板低于70×10^9/L时，应考虑停药观察；②给予升血药物，如维生素B_4、鲨肝醇、利血生等；③少量多次输新鲜血，有条件时可进行成分输血；④使用小剂量皮质激素；⑤使用补气养血中药，如党参、黄芪、当归、鸡血藤、菟丝子、枸杞子、山萸肉、虎杖、补骨脂等；⑥严重骨髓抑制的患者应予隔离，以预防感染；⑦出现感染时及时使用抗生素。

3. 肺毒性反应：博来霉素、平阳霉素和亚硝脲类等药物可引起间质性肺炎、肺纤维化，严重时可造成呼吸衰竭引起死亡，老年患者、肺功能不良或患有慢性支气管炎的患者更易发生，应予注意。化疗药物的肺毒性与用药剂量有关，严格掌握应用这类药物的适应证和禁忌证，限制用药剂量是防止肺毒性的关键。化疗同时使用强的松或活血化瘀的中药，可减轻肺毒性反应。

4. 心脏毒性反应：阿霉素、柔红霉素、抗癌锑等化疗药物对心脏的毒性较大，应予重视，抗癌药物引起的心脏毒性反应关键在于预防，控制这些药物的累积剂量在心脏的耐受剂量之内，如阿霉素的累积剂量小于550mg/m^2，很少发生心脏毒性。一旦出现心脏毒性，应用三磷酸腺苷、辅酶Q_{10}、维生素E等药物可能有所帮助，出现心力衰竭时，应用强心剂。

5. 泌尿系统毒性反应：顺氯氨铂、大剂量氨甲喋呤等药物可引起肾功能损害，主要表现为血尿素氮升高，严重时可引起肾功能衰竭。环磷酰胺、中药斑蝥制剂等可引起出血性膀胱炎。喜树碱等可引起药物性膀胱炎，表现为尿痛、尿频、血尿。防治办法为控制药物剂量、多饮水、大量补液、使用利尿剂增加尿量、碱化尿液和使用清热利湿、解毒通淋的中草药。

6. 神经系统毒性反应：长春新碱、长春花碱、秋水仙碱、六甲蜜胺等对周围神经有一定的毒性，表现为四肢末端感觉障碍、麻木、腱反射低下，部分病例还会出现便秘甚至肠麻痹。出现上述症状时及时停药，并可使用营养神经的药物，如三磷酸腺苷、辅酶A、维生素类。

7. 其他毒性反应：如氨甲喋呤长期应用可引起肝纤维化。阿霉素、环磷酰胺、足叶乙甙等常引起脱发。丝裂霉素、阿霉素、足叶乙甙、氮芥、

长春新碱等有较强的局部刺激性，使用时如果不慎漏出血管外、皮下可引起局部疼痛和组织坏死等。阿霉素、平阳霉素可引起发热。氟尿嘧啶等引起栓塞性静脉炎。多数化疗药物有免疫抑制作用等。

（六）常见恶性肿瘤的化疗方案：

1. 胃癌：常用药物有丝裂霉素、氟尿嘧啶、阿霉素、足叶乙甙等。

（1）UFTM 方案：①优福啶：每次 2～4 片，口服，3 次/d，总量为400～800 片；②丝裂霉素：每次 8～10mg，每周 1 次，连用 6 周为 1 疗程。

（2）FAM 方案：①氟尿嘧啶 300mg/m^2，静滴，每周 2 次，连用 6 周；②阿霉素 20～30mg/m^2，静注，第 1、4 周；③丝裂霉素 4mg/m^2，静注，每周 1 次，连用 6 周为 1 疗程。

2. 食管癌：常用药物有顺氯氨铂、平阳霉素、长春新碱、丝裂霉素、氟尿嘧啶和阿霉素等。

（1）FD 方案：①氟尿嘧啶 500mg/m^2，静滴，第 1～5d；②顺氯氨铂 50mg/m^2，静滴，第 1、8d。3 周为 1 周期，连用 3～4 周期为 1 疗程。

（2）PPV 方案：①顺氯氨铂 100mg/m^2，静滴，第 1d；②平阳霉素 6mg/m^2，肌注，第 3、6、10、13d；③长春新碱 1.4mg/m^2，静注，第 3、10d。21d 为 1 周期，连用 2～3 周期为 1 疗程。

3. 原发性肝癌：常用药物有阿霉素、顺铂、丝裂霉素、氟尿嘧啶、足叶乙甙等。

原发性肝癌全身化疗效果较差，可参考胃癌的联合化疗方案，临床上常采取肝动脉插管灌注化疗药物的局部用药方法，效果较好。

4. 肺癌：常用药物有阿霉素、顺氯氨铂、丝裂霉素、足叶乙甙、环磷酰胺和长春新碱等。

（1）MAP 方案：①丝裂霉素 10mg，静注，第 1d；②阿霉素 60mg，静注，第 1d；③顺氯氨铂 60～80mg，静滴，第 1d。3 周为 1 周期，连用 2～3 周期为 1 疗程。适用于非小细胞肺癌。

（2）CAP 方案：①环磷酰胺 400mg/m^2，静注，第 1d；②阿霉素 40mg/m^2，静注，第 1d；③顺铂 40mg/m^2，静注，第 1d。4 周为 1 周期，连用 2～3 周期为 1 疗程。适用于非小细胞肺癌

（3）COMVP 方案：①环磷酰胺 800～1200mg，静注，第 1、8d；②长春新碱 1～2mg，静注，第 1、8d；③氨甲喋呤 10～20mg，静滴，第 3、5、10、

12d;④足叶乙甙100mg,静滴,第3～7d。3周为1周期,2～3周期为1疗程。适用于小细胞肺癌。

(4)CMC方案:①环已亚硝脲120～160mg口服,第1d;②环磷酰胺800～1200mg,静注,第8、22、29、36d;③氨甲喋呤10～20mg,静滴,第10、12、17、19、24、26、31、33、39、41d。适用于小细胞肺癌。

5.乳腺癌:常用药物有阿霉素、环磷酰胺、氟尿嘧啶、氨甲喋呤等。

(1)CMF方案:①环磷酰胺400～500mg/m^2,静注,第1、8d;②氨甲喋呤10mg/m^2,静滴,第3、5、11、13d;③氟尿嘧啶400mg/m^2,静滴,第3、5、11、13d 4周为1周期,可根据情况连用3～6周期。

(2)FAC方案:①氟尿嘧啶400mg/m^2,静滴,第1、8d;②阿霉素40mg/m^2,静注,第1d;③环磷酰胺400mg/m^2,静注,第1d。4周为1周期,可根据情况连用3～6周期。

6.大肠癌:常用药物有氟尿嘧啶、长春新碱、司莫司汀等。

(1)MeFV方案:①司莫司汀60～80mg/m^2,口服,第1d;②氟尿嘧啶300mg/m^2,静滴,每周2次,连用6周;③长春新碱1.4mg/m^2,静注,每周1次,连用6周。

(2)FC方案:①氟尿嘧啶500mg/m^2,静注,第1～5d;②环已亚硝脲100mg,口服,第1d。21d为1周期,连用2～3周期为1疗程。

7.宫颈癌:常用药物有顺氯氨铂、环磷酰胺、长春新碱、氟尿嘧啶、氨甲喋呤。

(1)FAVC方案:①氟尿嘧啶500mg/m^2,静注,第1、8d;②阿霉素45mg/m^2,静注,第1d;③长春新碱1.4mg/m^2,静注,第1、8d;④环磷酰胺500mg/m^2,静注,第1、8d。4周为1周期,可连用2～3周期。适用于宫颈鳞癌。

(2)MFD方案:①丝裂霉素4～6mg/m^2,静注,第1、5d;②氟尿嘧啶500mg/m^2,静滴,第1～5d;③顺氯氨铂50mg/m^2,静滴,第1d。4周为1周期,可连用2～3周期,适用于宫颈腺癌。

8.恶性淋巴瘤:常用药物有氮芥、环磷酰胺、长春新碱、强的松、甲基苄肼、阿霉素等。

(1)MOPP方案:①氮芥6mg/m^2,静注,第1、8d;②长春新碱1.4mg/m^2,静注,第1、8d;③甲基苄肼100mg/m^2,口服,第1～14d;④强

的松 40mg/m^2，口服，第 1～14d。28d 为 1 周期，连用 6 周期以上，强的松只用于第 1、4 周期。适用于何杰金病。

(2) ABVD 方案：①阿霉素 25mg/m^2，静注，第 1、14d；②平阳霉素 10mg/m^2，肌注，第 1、14d；③长春花碱 6mg/m^2，静注，第 1、14d；④氮烯咪胺 150mg/m^2，静滴，第 1～5d。28d 为 1 周期，常与 MOPP 方案交替使用。适用于何杰金病。

(3) COP 方案：①环磷酰胺 800mg/m^2，静注，第 1d；②长春新碱 2mg，静注，第 1d；③强的松 60mg/m^2，口服，第 1～5d。3 周为 1 周期。适用于非何杰金淋巴瘤

(4) CHOP 方案：①环磷酰胺 750mg/m^2，静注，第 1d；②阿霉素 50mg/m^2，静注，第 1d；③长春新碱 1.4mg/m^2，静注，第 1d；④强的松 100mg/m^2，口服，第 1～5d。3 周为 1 周期。适用于非何杰金淋巴瘤。

9. 恶性黑色素瘤：常用药物有顺氯氨铂、氮烯咪胺、卡氮芥、长春新碱和更生霉素等。

(1) BDV 方案：①卡氮芥 125mg，静滴，每 6 周的第 1～2d；②氮烯咪胺 200mg，静滴，第 1～5d；③长春新碱 1.4mg/m^2，静注，第 1、8d。3 周为 1 周期，连用2～3 周期。

(2) DPV 方案：①顺氯氨铂 20mg/m^2，静滴，第 1～5d；②平阳霉素 6mg/m^2，肌注，第 3、6、10、13d；③长春花碱 6mg/m^2，静注，第 1、8d。3 周为 1 周期，连用 2～3 周期。

10. 鼻咽癌：常用药物有顺氯氨铂、氟尿嘧啶、氨甲喋呤、平阳霉素、长春新碱等。

(1) FD 方案：①顺氯氨铂 100mg/m^2，静滴，第 1d；②氟尿嘧啶 500mg/m^2，静滴，第 1～5d。3 周为 1 周期，连用 2～3 周期为 1 疗程。

(2) CBF 方案：①环磷酰胺 100mg，静注，第 1、4d；②博来霉素 10mg，静注，第 1～5d；③氟尿嘧啶 500mg，静滴，第 2、5d。3 周为 1 周期，连用 2～3 周期为 1 疗程。

11. 软组织肉瘤：包括横纹肌肉瘤、纤维肉瘤、滑膜肉瘤、脂肪肉瘤和平滑肌肉瘤、恶性间皮瘤等。常用药物有阿霉素、氮烯咪胺、环磷酰胺、长春新碱等。

(1) AD 方案：①阿霉素 25～40mg/m^2，静注，第 1d；②氮烯咪胺

200mg/m^2，静滴，第1～5d。3周为1周期，连用2～3周期为1疗程。

(2)CVAD方案：①环磷酰胺600～800mg/m^2，静注，每周1次；②长春新碱1.4mg/m^2，静注，每周1次；③阿霉素25～40mg/m^2，静注，每3周1次；④氮烯咪胺200mg/m^2，静滴，3周的第1～5d。连用6～9周为1疗程。

12. 膀胱癌：可根据情况采用膀胱灌注或全身化疗。

(1)膀胱灌注：常用化疗药物有噻替哌60mg，每周1次；丝裂霉素40mg，每周1次；阿霉素80mg，每月1次；顺氯氨铂60mg，每月1次。

(2)全身化疗：

1)CISCA方案：①环磷酰胺650mg/m^2，静注，第1d；②阿霉素50mg/m^2，静注，第1d；③顺氯氨铂70～100mg/m^2，静滴，第1d。4周为1周期，可连用2～3周期。

2)M-VAC方案：①氨甲喋呤30mg/m^2，静滴或静注，第1、15、22d；②长春新碱3mg/m^2，静注，第2、15、22d；③阿霉素30mg/m^2，静注，第2d；④顺氯氨铂20mg/m^2，静滴，第2d。4周为1周期，可连用2～3周期。

13. 睾丸精原细胞瘤：常用药物有顺氯氨铂、长春新碱、平阳霉素等。

(1)PVB方案：①顺氯氨铂20mg/m^2，静注，连用5d，3周1次；②长春花碱0.3mg/kg，静注，连用2d，2～3周1次；③博来霉素30mg，静注，每周1次，连用12周。

14. 卵巢癌：常用药物有顺氯氨铂、阿霉素、环磷酰胺、氟尿嘧啶、长春新碱等。

(1)AD方案：①阿霉素50mg/m^2，静注，第1d；②顺氯氨铂50mg/m^2，静滴，第1d。3周为1周期，可连有2～3周期。适用于卵巢上皮性恶性肿瘤。

(2)CHAP方案：①环磷酰胺600mmg/m^2，静注，第1d；②六甲嘧胺150mg/m^2，口服，第8～21d；③阿霉素25mg/m^2，静注，第1d；④顺氯氨铂50mg/m^2，静滴，第1d。4周为1周期，可连用2～3周期。适用于卵巢上皮性恶性肿瘤。

(3)VAC方案：①长春新碱1.5mg，静注，每周1次，连用12周；②更生霉素500mg，静滴，第1～5d，3周1次；环磷酰胺500mg/m^2，静注，第1～5d，每4周1次，连用12周。适用于卵巢内胚窦瘤。

中医中药治疗

中医中药是祖国的传统医学，在肿瘤诊治方面积累了丰富的经验。祖国医学认为肿瘤发生是由于长期的情志失调、过度劳伤、饮食不节或外来邪毒侵入人体引起人体阴阳平衡失调、脏腑功能异常，因而出现气滞、血瘀、湿聚、痰凝、邪毒瘀结等等一系列病理变化，最终形成肿瘤。

肿瘤的中医中药治疗要采取扶正与祛邪相结合的辨证施治原则，对早期肿瘤多以抗癌祛邪为主，辅以扶正；中期则采取攻补兼施；晚期肿瘤患者由于正气虚弱多以扶正为主，辅以祛邪。临床常用的扶正方法有益气健脾法、温肾补阳法、滋阴养血法、养阴生津法等。常用的祛邪方法有理气降逆法、活血化瘀法、软坚散结法、清热解毒法、以毒攻毒法等。

中医中药治疗肿瘤还要采取辨证与辨病相结合的原则，在辨证施治的原则基础上，根据不同的肿瘤适当选用抗癌中草药，以取得更好的效果。

(一)中医中药在肿瘤防治方面具有以下作用：

1. 扶正培本作用：中医中药在改善患者体质，调动和提高机体本身的抗癌能力方面具有良好效果。常用的药物有人参、黄芪、茯苓、当归、甘草、白术、女贞子、枸杞子、菟丝子等。

2. 抗癌作用：某些中药有一定的抗癌作用，如山慈姑、冬凌草、半枝莲、白花蛇舌草、三棱、莪术、苦参、瓜蒌、薏苡仁、肿节风、山豆根、南星、半夏、石羊、马钱子、泽漆、斑蝥、天龙、龙葵、蟾酥、蜈蚣、穿山甲、天门冬、鱼腥草、草河车、土鳖虫等。

3. 增效作用：中医中药与放疗、化疗配合使用，可起协同作用，能增强放疗、化疗的治疗效果。如食管癌化疗配合冬凌草制剂比单用化疗效果好；胃癌根治术后使用健脾益肾中药能提高手术治疗效果，延长术后生存期；肝癌采用健脾理气方法配合放疗效果较好。

4. 减毒作用：放疗和化疗都有一定的毒副反应，如消化道反应、骨髓抑制等，使用中医中药治疗能有效地防治这些毒副反应。如放疗化疗过程中，同时使用健脾和胃、养阴生津、补气养血等的中药治疗，可减轻毒副反应。

5. 对症治疗作用：中医中药对消除或减轻肿瘤患者的疼痛等症状具

有良好的效果，如采用中药外治法治疗癌性疼痛有较好效果。

6. 预防作用：中医中药治疗能阻断癌前病变的发生发展，降低肿瘤的发病率，如用六味地黄丸治疗食管上皮重度增生有效，能降低癌变率；四君子汤、黄芪建中汤治疗萎缩性胃炎伴肠化生和不典型增生有较好效果，能降低癌变率。

（二）对中医中药治疗肿瘤的认识和注意事项：

1. 中西医结合治疗的综合治疗方案是现阶段提高肿瘤治疗效果的最可靠途径。

2. 中医中药治疗在改善肿瘤患者全身情况、扶正培本方面有很好的效果，但对肿瘤局部的控制作用较差，不如放疗和化疗的效果明显，因此要全面正确认识中医中药治疗肿瘤的优缺点，切忌盲目相信中药能"包治肿瘤"，这一点农村地区尤为注意。

3. 中医书籍和民间广泛流传着许多治疗肿瘤的单方、验方和偏方，医生和患者对此要有正确的认识，某些中药方剂对个别病例有时确有一定的治疗效果，能减轻主观症状，但经过大量的病例研究观察发现中药单方、偏方和验方对大多数病例并无明显效果，即使是有效的病例，也常常是缓解症状，客观疗效常不明显，所以癌症患者和家属对此要持科学的态度，慎重对待，要咨询有经验的肿瘤专科医生，切忌有病乱投医，甚至相信江湖骗术，盲目采用，不仅得不到理想的治疗效果，还会延误其他有效治疗方法的最佳治疗时机，造成终生遗憾。

4. 中西医结合治疗肿瘤是我国肿瘤治疗的最大优势，我们一定要努力加以挖掘和提高，以造福更多的癌症患者。中医在整体观和辨证施治方面独具特色，中西医结合采用辨证与辨病相结合，扶正与祛邪相结合，局部治疗与整体治疗相结合，医疗与调护养生相结合，这些治疗方法都是我国综合治疗肿瘤的优势所在。

免疫治疗

免疫治疗是通过使用免疫增强剂调动和提高肿瘤患者的抗肿瘤能力而起到治疗作用，是癌症的第4大治疗方法，在恶性肿瘤的综合治疗中占有一定地位。

（一）对肿瘤免疫治疗的认识和注意事项：

1. 与手术、放疗和化疗的治疗效果相比，目前免疫治疗效果较差，尚处于临床试用阶段，常配合手术、放疗和化疗使用，作为癌症的辅助治疗手段，对肿瘤有一定的治疗作用。

2. 免疫治疗对某些与免疫功能关系较密切的肿瘤治疗效果较好，如毛细胞性白血病、恶性淋巴瘤、恶性黑色素瘤、肾癌、乳腺癌等。

3. 免疫治疗杀灭癌细胞的规律是属于零级动力学规律，即免疫治疗只能杀死一定数量的癌细胞，当机体内肿瘤细胞负荷太大时，免疫治疗常常无效。因此使用免疫治疗要选择适当的时机，一般是在手术、放疗和化疗有效地杀灭肿瘤细胞后使用，可巩固提高治疗效果，滥用免疫治疗不仅无效，还可能对患者有害。

4. 中医中药对调节肿瘤患者的免疫功能有一定的作用，同时使用免疫治疗和扶正培本的中医中药是十分可取的。

(二)常用的免疫治疗方法：

1. 卡介苗(BCG)：常用皮肤划痕法，在四肢约 $5cm^2$ 的皮肤上用 6 号针头纵横各划痕 10 条，在其上滴加 75～150mg 卡介苗，每周 1 次，1 个月为 1 疗程。其他用法尚有瘤内注射法和口服法。注意事项为活动性结核的患者忌用，结核菌素强阳性患者慎用。副反应是少数患者有发热等全身反应，可对症处理。

2. 短小棒状杆菌菌苗(CP)：每次 2～4mg，每周 1～2 次，皮下注射或肌肉注射，1 个月为 1 疗程。对有癌性胸腹水者可行胸腹腔内注射。副反应有寒战、发热、心率加快等，可对症处理。

3. 转移因子(TF)：每次注射 2ml，肌肉或皮下注射，每周 1～2 次，可连用 2～3 月，本药副反应少见。

4. 干扰素(IFN)：适用于毛细胞性白血病、多发性骨髓瘤、恶性淋巴瘤、乳腺癌、恶性黑色素瘤等。300 万 u/次，肌肉注射，每周 2 次，总量视疗效和副反应而定，副反应主要有发热、脱发、注射部位疼痛、轻度骨髓抑制等。

5. 左旋咪唑：50mg，口服，3 次/d，每周服 2～3d，可连用半年。副反应少见，少数患者可有发热、头痛、出汗等流感样症状，可对症处理。

(三)免疫治疗的新进展：以生物反应调节剂(BRM)为基础的生物学治疗是近年来癌症免疫治疗的新进展，生物反应调节剂不仅包括目前临

床上使用的各种提高免疫功能的药物，还包括了肿瘤疫苗、各种细胞因子和免疫活性细胞等。如近年来在临床上广泛使用的白细胞介素2(IL-2)、淋巴因子激活杀伤细胞(LAK细胞)、肿瘤浸润淋巴细胞(TIL)和肿瘤坏死因子(TNF)等，这些生物反应调节剂用于肿瘤的治疗虽然取得了一定的效果，但总的来说，生物学治疗还处于实验治疗阶段，在恶性肿瘤的综合治疗中占有辅助地位。

内分泌治疗

某些肿瘤的发生、发展与机体的内分泌激素有密切关系，因此可以通过各种方法调节机体的内分泌功能状态，达到治疗肿瘤的目的。内分泌治疗可控制肿瘤的发展过程，使肿瘤缩小，在肿瘤的综合治疗中占有一定地位。适用于乳腺癌、前列腺癌、子宫内膜癌、甲状腺癌等。

以往内分泌治疗是根据临床经验使用，近年来激素受体的检测为内分泌治疗提供了较可靠的客观依据，雌激素受体阳性(ER^+)者内分泌治疗效果好，有效率为50%～60%，雌激素受体阴性(ER^-)者内泌治疗效果差，有效率为5%～10%。

(一)乳腺癌：内分泌治疗是乳腺癌的主要治疗方法之一，适用于乳腺癌根治术后的辅助治疗和晚期乳腺癌的治疗，对原发灶和转移灶都有治疗作用。乳腺癌的内分泌治疗方法有以下几种：

1. 外科手术治疗：包括卵巢切除术、肾上腺切除术和垂体切除术，现在临床上除卵巢切除术外，其他2种手术极少使用。绝经前乳腺癌对内科激素治疗有效者，一旦失效，病情恶化，可施行卵巢切除术，以消除内源性雌激素分泌，当有效后再度恶化时，可行双侧肾上腺切除，可消除由肾上腺分泌的残留性激素合成，使病情缓解；若再度恶化，可行脑垂体切除术，可使病情再度缓解。

2. 内科治疗：可使用以下药物：

(1)雄激素：可对抗雌激素的使用，对绝经前、绝经后5年内的乳腺癌和骨转移灶疗效较好。常用药物有苯丙酸诺龙、丙酸睾丸酮等。苯丙酸诺龙用法为：50～100mg/m^2，肌肉注射，每周1次。副作用有血钙升高、男性化等。

(2)雌激素受体拮抗剂：常用三苯氧胺，20～40mg/d，口服，乳腺癌术

后辅助化疗可连续使用3年，对晚期乳腺癌可连续应用到失效为止。本药可对抗雌激素的作用，适用于绝经前后雌激素受体阳性的晚期乳腺癌和乳腺癌根治术后辅助治疗。该药副反应较少，临床应用最广。

(3)雌激素：适用于绝经后5年以上的病例，常用乙烯雌酚，每日剂量为1～15mg，口服。副作用有阴道出血、水肿、高血压、血钙升高和血栓性栓塞等。

(4)氨基导眠能：该药能抑制肾上腺皮质合成雌激素，适用于绝经后乳腺癌的治疗，用法为0.5～1mg/d，口服。副反应有嗜睡、皮疹和肾上腺功能障碍等。

(二)甲状腺癌：通过使用外源性甲状腺激素可反馈性地抑制促甲状腺激素的分泌，从而达到治疗甲状腺癌的目的。如甲状腺癌全切除或次全切除术后，补给足量甲状腺素，可降低术后复发率、提高治愈率，并可使肺转移灶缩小。

(三)子宫内膜癌：手术和放疗对子宫内膜癌有很好的治疗效果，内分泌治疗主要适用于晚期病例不能手术切除、局部复发和远处转移病例的治疗，能取得一定的疗效，常用的内分泌治疗药物有：

(1)大剂量安宫黄体酮：150mg，1次/d，口服；或50mg，3次/d，口服。

(2)三苯氧胺：20～40mg/d，口服。

(四)前列腺癌：内分泌治疗主要适用于治疗晚期前列腺癌不能手术切除和局部治疗后复发转移的病例，常用的治疗方法有：

(1)去势手术(睾丸切除术)。

(2)乙烯雌酚：较为常用，常用量为1～4mg/d，口服，连续服用3月或长期服用到失效止。

(五)恶性淋巴瘤、白血病等：应用皮质激素可取得很好的治疗效果，常使用强的松、地塞米松等。

其他治疗方法

激光治疗、加温治疗、直流电治疗、冷冻治疗等均可用于恶性肿瘤的治疗，这些治疗方法大多是通过物理化学方法直接破坏肿瘤组织，而达到治疗癌症的目的。

应当注意这些治疗方法在癌症的治疗中仅占辅助地位，适应证比较

局限，仅适用于部分肿瘤的治疗，并不是所有的肿瘤或肿瘤的各个病期都适用于这些治疗方法，不可滥用，应由掌握肿瘤全面知识的医生选择使用。

（一）激光治疗：激光治疗恶性肿瘤可以分为2类：

（1）CO_2 激光和YAG激光治疗：当这类激光器的激光束聚焦后，能量密度极高，被组织吸收后，能在局部产生200～1 000℃的高温，使被照射的组织发生凝固、融化、汽化等，直接破坏肿瘤组织，起到治疗作用。CO_2 激光主要适用于浅表肿瘤（如皮肤癌、黑色素瘤等）的治疗。YAG激光波长为1.06nm，可通过光导纤维输送，在内镜下治疗腔内肿瘤，如食管癌、胃癌、结肠癌、肺癌等。

（2）血卟啉激光治疗：利用血卟啉衍生物（HpD）等光敏物质可以在肿瘤组织选择性聚积的特性，静脉注射HpD后，HpD迅速分布于全身各组织器官，正常组织中的HpD能在短时间内被清除而排出体外，而肿瘤组织清除HpD的能力很差，经过48～72h后，正常组织中的HpD含量很少，而肿瘤组织中的HpD含量很高，这时使用波长约为630nm的红色光照射，能使肿瘤组织中的HpD发生光化学反应，从而可选择性的杀死肿瘤细胞、破坏肿瘤组织，起到治疗肿瘤的作用，HpD激光适用于人体浅表癌瘤和腔内肿瘤的治疗，如皮肤癌、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、肺癌等的治疗。

（二）加温治疗：是治疗恶性肿瘤的一种辅助治疗方法，它是通过使用物理方法或特殊仪器提高肿瘤患者的全身温度或肿瘤局部温度，而起到治疗肿瘤的作用，可分为全身加温和局部加温治疗2种，由于全身加温治疗具有许多缺点和副反应，目前已基本上弃用。临床上常用的是局部加温治疗，使用微波、超声波或射频电流等使肿瘤局部温度达到42℃以上，可起到杀死杀伤肿瘤细胞的作用。临床上加温治疗较少单独使用，常和放疗等疗法配合使用，可增强疗效。适用于宫颈癌、肝癌、肺癌、食管癌、膀胱癌和浅表肿瘤的治疗。

（三）直流电化学治疗：是治疗恶性肿瘤的一种新方法，它是在肿瘤组织内插入电极针，通上直流电，在直流电的作用下，使肿瘤组织内环境发生一系列电化学反应，引起肿瘤细胞死亡，起到治疗作用，可作为某些恶性肿瘤的辅助治疗方法，具有一定的效果。适用于浅表肿瘤（皮肤癌、乳

腺癌、恶性黑色素瘤、甲状腺癌等）和某些内脏肿瘤（周围性肺癌、肝癌等）的治疗。

（四）冷冻治疗：利用液氮等冷冻剂可使治疗区域内迅速达到极低温度，造成一个周界明确、范围可预测的冷冻坏死区，从而达到直接破坏肿瘤组织、缩小肿块的作用，有一定的治疗效果。冷冻治疗恶性肿瘤有许多优点：痛苦小、安全、并发症少、出血少、瘢痕小、不造成肿瘤扩散，还可激发人体对冷冻的肿瘤组织产生较强的免疫反应，进一步抑制肿瘤的生长。因此冷冻治疗可作为癌症综合治疗的一个局部治疗手段，有目的地加以选择使用，适用于浅表肿瘤和内脏肿瘤（如肝癌、肺癌等）的治疗。

第四节　恶性肿瘤的治疗原则

由于癌症的确切病因和发病机理尚不明了，目前癌症尚没有特效的治疗方法，单独使用各种单一的治疗方法对大多数肿瘤难以取得理想的效果。手术治疗、放疗和其他局部治疗方法只能治疗肿瘤局部病变，对局部扩散和远处转移的癌细胞和亚临床转移灶无效，而且手术和放疗对机体均有不同程度的损伤。化疗属于全身性治疗方法，但目前使用的化疗药物对癌细胞选择性差，在杀死杀伤癌细胞的同时，常会出现一些毒副作用。免疫治疗目前尚属于实验性治疗方法，疗效尚不甚确实，还有待进一步提高。中医中药在改善患者体质、调动机体本身的抗癌能力、减轻其他疗法的毒副作用等方面有较好的效果，但中药对肿瘤的局部控制作用较差。其他的治疗方法，如冷冻治疗、激光治疗、加热治疗等大多只适用于部分肿瘤的辅助治疗。长期的临床实践充分证明，现阶段要提高肿瘤的治疗效果，只有采取综合治疗措施。

癌症的综合治疗应：根据患者的机体情况、肿瘤的病理类型、侵犯范围（病期）和发展趋向，合理地、有计划地综合应用现有的治疗手段，以期较大幅度地提高治愈率，改善生存质量。

癌症综合治疗的目的主要有3个：

1．治愈肿瘤：这是治疗肿瘤的最根本目的，初治肿瘤、病期为早期或

中期的病例，如有治愈的希望，要千方百计争取达到治愈。实际上目前肿瘤综合治疗的水平已经发展到所有的肿瘤都是有可能被治愈的。

2. 延长生命：由于目前临床发现的肿瘤大多数是中晚期病例，所以许多肿瘤经过综合治疗后可延长生命，但尚难以达到治愈目的。

3. 减轻痛苦、缓解症状：对于晚期肿瘤病例，不可能达到治愈和延长生命的目的时，治疗的唯一目的是使用各种有效的治疗药物和方法减轻患者痛苦、缓解症状。

（一）对癌症综合治疗的认识：

1. 恶性肿瘤是一种全身性疾病，肿瘤原发灶是全身疾病的局部表现。

2. 恶性肿瘤细胞很早就可能通过血行、淋巴道播散，但播散并不等于转移，无转移不等于无播散，癌症是否形成转移不仅要有“种子”（癌细胞），还要有合适的“土壤”（组织内环境）。

3. 恶性肿瘤的根本治疗原则是综合治疗，它是现阶段提高癌症治疗效果的最有效措施。

4. 恶性肿瘤的综合治疗不仅要强调局部治疗（手术治疗和放疗等），还要重视全身治疗（化疗、免疫治疗、中医中药治疗等）。

5. 综合治疗方案要根据患者的全身情况和肿瘤局部情况等来决定，充分发挥各种治疗方法的优点，有机地将各种方法结合起来，不仅要结合西医各种治疗方法，还要采取中西医结合治疗方法，以最大限度地提高治疗效果。

6. 恶性肿瘤综合治疗目的要明确，要根据治疗目的不同选择适当的治疗方法。

7. 系统而完善的综合治疗方案制订和实施是一个系统工程，需要各临床科室（肿瘤外科、放疗科、肿瘤内科等）和医技科室之间密切协作、共同完成。

8. 恶性肿瘤综合治疗方案的正确与否直接关系到患者的治疗效果和预后，因此要制定正确的方案要求医生必须具有肿瘤诊治的全面知识，不仅要精通本专业知识，还要熟悉其他专业各种治疗方法的优缺点。

9. 综合治疗要重视提高患者的生活质量，过去那种“病是好了，人也残了”的治疗方法再也不能延续下去了。

10. 医生和患者都要坚信癌症不是不治之症，癌症≠死亡，癌症是可以治愈的，树立起战胜癌症的信心。

（二）综合治疗方案临床设计：不同的肿瘤其生物学行为不同、临床病理分期等不同，所以综合治疗方案也不同，实际上还要根据患者的具体情况有所改变，临床常用的综合治疗方案可分为3类。

1. 以手术治疗为主的综合治疗方案：适用于绝大多数早期、中期恶性肿瘤。具体安排以下几种方式：

（1）术前放疗＋手术＋术后辅助化疗、追加放疗、免疫治疗、中医中药治疗等。

（2）术前化疗－手术＋术后辅助化疗、放疗、免疫治疗、中医中药治疗等。

（3）手术＋术中放疗＋术后追加放疗、化疗、免疫治疗、中医中药治疗等。

（4）手术＋术后辅助化疗、放疗、免疫治疗、中医中药治疗等。

2. 以放疗为主的综合治疗方案：适用于不能手术、拒绝手术，但病变尚局限的肿瘤，如非小细胞肺癌、食管癌、鼻咽癌、喉癌、上颌窦癌、宫颈癌、淋巴瘤等。具体安排有以下2种方式：

（1）放疗＋化疗、免疫治疗、中医中药治疗等。

（2）化疗＋放疗＋化疗、免疫治疗、中医中药治疗等。

3. 以化疗为主的综合治疗方案：适用于：①恶性程度很高，播散倾向明显，对化疗特别敏感的肿瘤，如小细胞肺癌；②血液系统肿瘤，如白血病、恶性淋巴瘤和多发性骨髓瘤等；③不能手术和放疗的晚期肿瘤。具体安排是以化疗为主，化疗后视情况结合放疗、免疫治疗、中医中药治疗等，在某些情况下，也可结合局部手术治疗。

第三篇

辅助检查与诊疗技术

第一章　临床实验室检查

卫生部关于首批淘汰35项临床检验项目、方法的规定(摘要)

临床检验是临床医学的重要组成部分，现代化的科学技术推动了我国临床检验技术的飞速发展，涌现出一批特异性好、准确性高的新项目和新方法。原有的一些检验项目、方法已不适应临床诊断的需要，依靠科技进步，推广使用新方法，淘汰陈旧、落后的检验项目和方法，已势在必行。根据我国临床检验的实际情况，卫生部颁发了2个重要文件，摘要如下：

中华人民共和国卫生部令(第十八号)

自1992年7月1日起至1993年1月1日，分步淘汰硫酸锌浊度试验等35项临床检验项目与方法，现予公布。

部长　陈敏章

1991年12月20日

首批淘汰35项临床检验项目、方法的规定

(一)首批淘汰和替代的临床检验项目及方法：

淘汰的检测项目、方法

1. 麝香草酚絮状试验。
2. 硫酸锌浊度试验。
3. 马尿酸试验。
4. 高田反应试验。
5. 尿蓝母试验。
6. 血清肌酸试验。
7. 酚四溴酞磺酸钠潴留试验。

8. 脑脊液胶体金试验。

9. 脑磷脂胆固醇絮状试验。

淘汰及相应替代的检测项目、方法

淘汰项目、方法	可替代的项目、方法
10. 血清蛋白结合碘测定	T_3、T_4 及其他甲状腺功能测定
11. 黄疸指数测定	总胆红素测定
12. 凡登[格]试验	直接胆红素测定
13. 血清β脂蛋白测定	甘油三酯、总胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇测定
14. 血清非蛋白氮测定	血清尿素氮测定
15. 血红蛋白血液硫酸铜相对密度试验	血红蛋白测定
16. 尿胆红素碘环试验	重氮法、尿试纸法、哈瑞森法(Harrison 法)
17. 血清(浆)葡萄糖铜还原测定法	葡萄糖氧化酶测定法己糖激酶、邻甲苯胺法测定
18. 血清丙氨酸氨基转移酶(ALT/GPT)金氏测定法	赖氏比色法、酶法测定
19. 血清丙氨酸氨基转移酶(ALT/GPT)酮体粉测定法	赖氏比色法、酶法测定
20、血清门冬氨酸氨基转移酶(AST/GOT)金氏测定法	赖氏比色法、酶法测定
21. 血清白蛋白盐析测定法	溴甲酚绿结合法
22. 血、尿淀粉酶温氏测定法	碘淀粉比色测定法、苏木杰比色测定法
23. 血清梅毒克氏试验	性病研究实验室试验(VDRL)
24. 血清梅毒康氏试验	不加热血清反应素试验 USR

25. 血清梅毒瓦氏补体结合试验	快速血浆反应素环状卡片试验 RPR
26. 尿妊娠蟾蜍试验	免疫学方法测 HCG
27. 血清钾四苯硼钠比浊测定法	火焰法、电极法测定
28. 血清钠比浊、比色测定法	火焰法、电极法测定
29. 血清甲胎蛋白对流免疫电泳法	酶标法
30. 血清甲胎蛋白单扩散法	酶标法
31. 乙型肝炎表面抗原对流免疫电泳法	酶标法
32. 乙型肝炎表面抗原单扩散法	酶标法
33. 国际上已废除的细菌名称	《全国临床检验操作规程》中规定的细菌分类名称
34. 药敏试验中"轻度敏感"和"极度敏感"的报告方式	采用"耐药"、"中度敏感/中介度"、"敏感"3个等级报告方式
35. 血红蛋白沙利日测法(县及县级以上医院淘汰)	氰化高铁血红蛋白测定法

(二)本《规定》适用于各级各类开展医学检验的医疗卫生、医学科研、医学教育等单位。

(三)自卫生部部长令开始实施之日起,不准再使用已淘汰的检验项目、方法出具检验报告。

(四)各单位可根据人员素质、技术水平、仪器、试剂等具体条件,从本《规定》推荐的可替代的方法中任选一项替代,凡采用的现行检测方法优于推荐的取代方法者可继续使用。

(五)执行本《规定》是医院质量管理的一项重要内容,要纳入医院评审作为考核检验工作的依据之一,各级卫生行政部门要切实做好监督检

有工作。

（六）以前公布的《全国临床检验操作规程》等，凡与本《规定》不符之处，均以本《规定》为准。

（七）本《规定》所淘汰的检验项目、方法的技术方面解释权归卫生部临床检验中心。

卫生部

1991年12月16日

第一节　血液学及血液流变学检验

血液学一般检查

一、红细胞（RBC）计数

（一）方法：镜检计数法、电子血细胞计数仪法。

（二）正常参考值：

1. 新生儿：$6.0\times10^{12}\sim7.0\times10^{12}$/L（600万～700万/$mm^3$）。

2. <2周岁：$5.10\times10^{12}\sim5.66\times10^{12}$/L（510万～566万/$mm^3$）。

3. 2～15岁：$4.60\times10^{12}\sim4.70\times10^{12}$/L（460万～470万/$mm^3$）。

4. 男性成人：$4.00\times10^{12}\sim5.50\times10^{12}$/L（400万～550万/$mm^3$）。

5. 女性成人：$3.50\times10^{12}\sim5.00\times10^{12}$/L（350万～500万/$mm^3$）。

（三）临床意义：

1. 增多：

（1）相对性：大量脱水、血液浓缩，以致红细胞相对性的增多。见于剧烈呕吐、频繁腹泻、多汗、多尿、严重烧伤、长期不能进食者。

（2）绝对性：指红细胞值的绝对增多。①生理性原因：多为缺氧所致，如由平原移居高原生活；胎儿及新生儿、剧烈的体力劳动和体育运动等；②病理性原因：严重肺气肿、肺源性心脏病、紫绀型先天性心脏病（法洛四联症）；③真性红细胞增多症。

2. 减少：

（1）生理性贫血：妊娠中、后期。

(2)病理性贫血：缺铁性贫血、营养不良性贫血、再生障碍性贫血、失血性贫血、溶血性贫血等

二、血红蛋白(Hb)测定

(一)方法：氰化高铁(FeCN)法。

(二)正常参考值：

1. 新生儿：170～200g/L(17～20g/dl)，

2. 1～14岁：118～139g/L(11.8～13.9g/dl)。

3. 成年男性：120～160g/L(12～16g/dl)。

4. 成年女性：110～150g/L(11～15g/dl)。

(三)临床意义：同红细胞计数。

三、异常红细胞

(一)方法：染色镜检法。

(二)正常红细胞：呈双凹盘状圆形、染橘红色、中央稍淡、直径6～8μm，平均7.5μm。

(三)临床意义：

1. 红细胞大小异常：①小红细胞：常见于缺铁性贫血，以及亚急性或慢性炎性疾病；②大红细胞：常见于维生素B_{12}或叶酸缺乏引起的营养性巨幼红细胞性贫血，某些溶血性贫血或肝病引起的贫血，以及恶性贫血；③红细胞大小不均匀：常见于营养性巨幼红细胞性贫血、缺铁性贫血和溶血性贫血等。

2. 红细胞形态异常：

(1)球形：正常情况下，球形红细胞应＜2%，在遗传性球形红细胞溶血性贫血中可达20%～30%，严重者达100%。球形红细胞亦见于免疫性溶血性贫血、肝硬化伴脾功能亢进或慢性感染性疾病；

(2)椭圆形：正常情况下应＜1%，遗传性椭圆形红细胞性溶血性贫血时至少要＞25%，有的达50%～90%。少数缺铁性贫血、地中海贫血、巨幼红细胞性贫血和骨髓硬化症中亦可见到。

(3)靶形：主要见于地中海贫血，其他如缺铁性贫血、铁粒幼红细胞贫血、阻塞性黄疸、肝病和脾切除后亦可见到。家族性血清卵磷脂胆固醇转酰酶缺乏症亦可出现靶形红细胞。

(4)镰形：见于先天性镰形红细胞型贫血。

(5)口形：见于遗传性口形红细胞性溶血性贫血，伴有红细胞渗透性增加的溶血性贫血及肝病。

(6)裂形(三角形、盔形、锯齿形)：多见于微血管性贫血、溶血性贫血、恶性肿瘤；亦可见于脾切除术后。

(7)泪滴状：见于骨髓纤维化症。

(8)棘形：为棘形红细胞增多症的特征。可见于α与β地中海贫血、肝硬化、慢性肝病，以及遗传性β脂蛋白缺乏症和获得性消化道吸收不良引起的低β脂蛋白血症等。

3. 红细胞染色异常：

(1)低色素性红细胞：多见于缺铁性贫血、异常血红蛋白病、铁粒幼红细胞性贫血以及地中海贫血等。

(2)高色素性红细胞：多见于巨幼红细胞性贫血。

(3)嗜多色性红细胞：多见于各种增生性贫血。

(4)嗜碱性点彩红细胞：大量增加可见于重金属(铅、铋、汞等)中毒、硝基苯、苯胺等中毒，溶血性贫血及红细胞再生旺盛的任何种类贫血。

(5)卡波环红细胞：见于恶性贫血，营养性巨幼红细胞性贫血和溶血性贫血等。

(6)豪周小体红细胞：可见于巨幼红细胞性贫血、溶血性贫血、粒细胞性白血病、缺铁性贫血及脾切除术后等。

四、白细胞(WBC)计数

(一)方法：镜检计数法、电子血细胞计数仪法。

(二)正常参考值：

1. 成人：$4\times10^9\sim10\times10^9$/L(4 000～10 000/mm^3)。

2. 新生儿：$15\times10^9\sim20\times10^9$/L(15 000～20 000/mm^3)。

3. 6个月至2岁婴儿：$11\times10^9\sim12\times10^9$/L(11 000～12 000/mm^3)。

(三)临床意义：

1. 增多：

(1)生理性：胎儿、新生儿时期；妊娠5个月至分娩后4～5d；剧烈运动或劳动后；寒冷、饱餐、淋浴后。

(2)急性感染，特别是化脓性感染。

(3)较严重的组织损伤及大量的血细胞破坏。

(4)急性大出血。

(5)急性中毒,如糖尿病酮症酸中毒、慢性肾炎尿毒症、妊娠中毒症、急性铅、汞中毒及安眠药中毒。

(6)肾移植术后发生排斥现象时

(7)白血病及恶性肿瘤。

(8)原发性自身免疫性溶血性贫血急性发作时。

2. 减少:某些感染:革兰阴性杆菌如伤寒、副伤寒杆菌感染;病毒如流感病毒感染;原虫如疟原虫、黑热病原虫感染。某些血液病:再生障碍性贫血、非白血性白血病。慢性理化损伤:长期接触铅、汞等;使用影响骨髓造血的药物(如氯霉素、合霉素)及氮芥等抗癌药物时;长期接触放射线及接受放射线治疗后。自身免疫性疾病:如系统性红斑狼疮。脾功能亢进:见于门静脉性肝硬化,班替综合征等。

五、白细胞分类计数(WDC)

(一)方法:染色镜检法电子血细胞分析仪法。

(二)正常参考值:

1. 嗜中性粒细胞(N):①杆状核、成人为0.01～0.05(1%～5%);儿童为0.02～0.06(2%～6%);②分叶核:成人为0.50～0.70(50%～70%);儿童为0.16～0.60(16%～60%)。

2. 嗜酸性粒细胞(E):0.005～0.05(0.5%～5%)

3. 嗜碱性粒细胞(B):0～0.01(0～1%)

4. 淋巴细胞(L):①成人为0.20～0.40(20%～40%);②儿童为0.42～0.48(42%～48%)。

5. 单核细胞(M):①成人为0.03～0.06(3%～6%);②儿童为0.03～0.09(3%～9%)。

(三)临床意义:

1. 嗜中性粒细胞:

(1)增多:同白细胞计数增多项中①～⑤。

(2)减少:同白细胞计数减少项。

2. 嗜酸性粒细胞:

(1)增多:①过敏性疾病:支气管哮喘、血管神经性水肿、食物过敏、血清病等;②寄生虫病:如血吸虫病、肺吸虫病、蛔虫病、钩虫病等;③某些皮

肤病：如湿疹、剥脱性皮炎、牛皮癣等；④某些血液病：如慢性粒细胞性白血病、淋巴网状细胞肉瘤等；⑤肾移植术后排斥前期。

(2)减少：①伤寒、副伤寒；②应激状态及应用肾上腺皮质激素或促肾上腺皮质激素时。

3. 嗜碱性粒细胞：

(1)增多：慢性粒细胞性白血病、嗜碱粒细胞性白血病、脾切除术后、某些铅、铋、锌金属中毒者，某些用理化因子进行治疗的患者。

(2)减少：不易察觉，目前无临床意义。

4. 淋巴细胞：

(1)增多：①某些病毒或杆菌所致的急性传染病，如风疹、流行性腮腺炎、传染性淋巴细胞增多症、传染性单核细胞增多症、百日咳；②某些慢性感染：如结核病；③肾移植术后排斥前期；④淋巴细胞性白血病、白血性淋巴肉瘤。

(2)减少：见于接触放射线及应用肾上腺皮质激素或促肾上腺皮质激素者。

5. 单核细胞：

(1)增多：①生理性，正常儿童可达9%，出生后2周的婴儿可呈生理性单核细胞增多；②某些感染，如亚急性细菌性心内膜炎、疟疾、黑热病、急性感染恢复期、活动性肺结核；③某些血液病，如粒细胞缺乏症恢复期、淋巴网状细胞肉瘤及单核细胞性白血病。

(2)减少：意义不大。

六、异常白细胞

(一)方法：染色镜检法。

(二)正常参考值：无。

(三)临床意义：

1. 异常嗜中性粒细胞：嗜中性粒细胞异常时可有中毒颗粒、空泡变性、核溶解、核破碎等，见于严重感染，特别是败血症，亦可见于大面积的烧伤和化学物品中毒者。

2. 异形淋巴细胞：分单核细胞型、浆细胞型和幼稚型。常见于传染性单核细胞增多症或病毒性肝炎、病毒性肺炎、传染性淋巴脉络丛脑膜炎、流行性感冒以及流行性出血热等。

3. 棒状小体(Auer 小体):对鉴别各种类型的急性白血病有重要意义。在急性粒细胞和急性单核细胞白血病时,可见到此种小体,而急性淋巴细胞性白血病时则不能见到

4. 浆细胞:见于风疹、麻疹、斑疹伤寒、猩红热、多发性骨髓瘤(常有形态改变,出现原、幼浆细胞和多核浆细胞)。

七、嗜酸性粒细胞(EOS)直接计数

(一)方法:Hinkelmann 液法、

(二)正常参考值:50×10^6 ~ 300×10^6/L(50 ~ 300/mm^3)。

(三)临床意义:见白细胞分类中嗜酸性粒细胞项。

八、红细胞沉降率(ESR)

(一)标本采集:抗凝血 2ml。

(二)方法:魏氏法。

(三)正常参考值:

1. 男性:0 ~ 15mm/60min。

(2)女性:0 ~ 20mm/60min。

(四)临床意义:

1. 增快:

(1)见于风湿性疾病活动期、活动性肺结核、恶性肿瘤、心肌梗死、急性感染、结缔组织疾病、慢性肾炎、黑热病、亚急性细菌性心内膜炎、严重贫血等。

(2)高球蛋白血症,如肝硬化,多发性骨髓瘤,原因不明巨球蛋白血症、重链病、妇女月经期、妊娠期等也增快。

(3)50 岁以上正常人可稍增快。

2. 减慢:可见于真性红细胞增多症、球形红细胞增多症、低纤维蛋白原血症、过敏性疾病、室温过低或血液抽取后放置过久等。

九、疟原虫(MP)

(一)标本采集:在发作后数小时至十余小时采血。

(二)方法:薄片法、厚片法、离心浓集法。

(三)正常参考值:无。

(四)临床意义:疟疾患者的血液中可找到疟原虫。

十、微丝蚴(Mf)

(一)标本采集:晚上9~12时末梢血。

(二)方法:厚片法、浓集法。

(三)正常参考值:无。

(四)临床意义:丝虫感染患者血中可找到微丝蚴。

血液学其他检查

一、网织红细胞(Ret)计数

(一)方法:试管法、玻片法。

(二)正常参考值:

1. 成人为0.005~0.015(0.5%~1.5%),绝对值为24×10^9~84×10^9/L(2.4万~8.4万/mm^3)。

2. 新生儿:0.03~0.06(3%~6%),3个月后数值大体与成人接近。

(三)临床意义:

1. 增高:见于溶血性贫血,急性大失血,缺铁性及巨幼红细胞性贫血近期内经补充铁、维生素B_{12}及叶酸者。

2. 降低:再生障碍性贫血(慢性再生障碍性贫血可略有增高)。

二、红细胞比积(HCT、Ht)测定

(一)方法:毛细管法、温氏法、血细胞分析仪法。

(二)正常参考值:

1. 婴儿:0.49~0.54(49%~54%)。

2. 儿童:0.35~0.44(35%~44%)。

3. 成年男性:0.40~0.50(40%~50%)。

4. 成年女性:0.37~0.45(37%~45%)。

(三)临床意义:

1. 增高:见于严重脱水、大面积烧伤、严重肺源性心脏病、真性红细胞增多症等。

2. 减少:见于各种原因所致的贫血或妊娠稀血症等。

三、3种红细胞平均值

正常人和各型贫血时,红细胞平均参考值及临床意义见表1 1 1。

表 1-1-1 正常成人和各型贫血时红细胞平均参考值比较

平均值	MCH(pg)	MCV(fl)	MCHC(g/L)
正常	27～31	82～92	320～360
大细胞性贫血	＞正常 32～50	＞正常 94～160	正常 320～360
正常细胞性贫血	正常 27～31	正常 82～92	正常 320～360
单纯细胞性贫血	＜正常 21～24	＜正常 72～80	正常 300～360
小细胞低色素性贫血	＜正常 21～29	＜正常 50～80	＜正常 240～300

四、红细胞渗透脆性试验(EFT)

(一)标本采集:静脉血 1ml,立即滴入不同浓度氯化钠溶液试管中。

(二)正常参考值:

1. 开始溶血:71.86～78.71mmol/L(0.42%～0.46%)。

2. 完全溶血:54.76～58.18mmol/L(0.32%～0.34%)。

(三)临床意义:

1. 渗透脆性增加:见于遗传性球形红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血。

2. 渗透脆性降低:见于地中海贫血、血红蛋白病、缺铁性贫血及低色素性贫血、肝脏疾病等。

五、酸溶血试验(海姆试验)

(一)标本采集:静脉血 3ml(干燥管)。

(二)正常参考值:阴性。

(三)临床意义:阳性见于阵发性睡眠性血红蛋白尿;在球形红细胞显著增多时,可呈弱阳性。如用经 56℃、30min 灭活处理后的血清重复试验,阵发性睡眠性血红蛋白尿患者的阳性反应可被控制,而球形红细胞显著增多时仍有溶血。

六、冷溶血试验(唐-兰试验)

(一)标本采集:静脉血 3ml(干燥管)。

(二)正常参考值:阴性。

(三)临床意义:阳性为阵发性寒冷性血红蛋白尿症、先天性梅毒,偶尔见于麻疹、腮腺炎、水痘及传染性单核细胞增多症。

七、糖水溶血试验

(一)标本采集:抗凝血 1ml。

(二)正常参考值:阴性。

(三)临床意义:阳性为阵发性睡眠性血红蛋白尿,偶尔见于再障、巨幼贫、免疫性溶血性贫血患者。

八、抗人球蛋白试验(康姆试验 Coomb's test)

(一)标本采集:静脉血 3ml(干燥管)。

(二)正常参考值:直接抗人球蛋白试验为阴性;间接抗人球蛋白试验为阴性。

(三)临床意义:凡红细胞膜上结合不完全抗体者呈直接阳性;血浆含有不完全抗体者呈间接阳性;自身免疫性溶血性贫血可呈直接和间接阳性;新生儿溶血多呈直接阳性。用不完全抗体的抗 D 血清可测 Rh 血型,广义上亦可属于间接抗人球蛋白试验。

九、热溶血试验

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)正常参考值:阴性。

(三)临床意义:阵发性睡眠性血红蛋白尿患者可呈阳性。其他溶血性贫血患者可有不同程度的轻度溶血。

十、血浆游离血红蛋白定量

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:邻甲苯胺法。

(三)正常参考值:20～70mg/L(2～7mg/dl)。

(四)临床意义:

1. 血管内溶血如溶血性贫血的血浆游离血红蛋白增高。如果血浆游离血红蛋白含量达到一定水平(>130mg/L),就可由尿液排出,即伴有血红蛋白尿症,如阵发性睡眠性血红蛋白尿症、冷血红蛋白尿症等。

2. 严重的输血反应可明显增高。

3. 体外循环,如人工心肺、人工肾的手术应用后,红细胞被机械性大量破坏,从而使血浆游离血红蛋白增高。

4. 溶血性链球菌败血症、疟疾及药物(如磺胺、苯肼、砷剂等)引起溶血反应时,亦可增加。

十一、高铁血红蛋白还原试验

(一)标本采集:静脉血 2ml(抗凝管)。

(二)正常参考值:定性:阴性(即能还原);定量:还原率在75%以上。

(三)临床意义:

1. 还原率在30%以下:G 6 PD缺乏症纯合子。

2. 还原率为30~70%:G-6-PD缺乏症杂合子。

十二、正铁血红蛋白(MHb)测定

(一)标本采集:静脉血1ml(肝素抗凝管)。

(二)方法:分光光度计法。

(三)正常参考值:0.3~1.3g/L(30~130mg/dl)。

(四)临床意义:增高:阵发性血蛋白尿、先天性溶血性黄疸、肠源性青紫症,以及服用磺胺类、亚硝酸盐、苯胺、氯酸盐、非那西丁、硝基苯等药物后,

十三、红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶活力直接测定

(一)标本采集:静脉血2ml(抗凝管)。

(二)方法:分光光度计法。

(三)正常参考值:66.7~116.7nmol/g·sHb。

(四)临床意义:降低为G-6 PD缺乏者。在某些药物促发下或在其他疾病时可发生溶血性贫血。下列药物可诱发溶血性贫血:①止痛剂或退热剂,如非那西丁、阿斯匹林、安替比林、氨基比林等;②磺胺类药物,如磺胺嘧啶、磺胺异恶唑等;③抗疟药物如伯氨喹啉、阿的平、奎宁;④呋喃妥因或呋喃西林;⑤其他药物,如氯霉素、对氨基水杨酸、奎尼丁、维生素K、D-860等。在溶血期测得G-6-PD正常者,应在溶血停止3~4月后再重复试验,可提高G-6-PD缺乏症诊断率。

十四、血液胎儿血红蛋白(HbF)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(抗凝管)。

(二)方法:半饱和硫酸铵法。

(三)正常参考值:①成人:<0.02(<2%);②脐带血0.31~0.962(31.0%~96.2%);③新生儿:0.445~0.841(44.5%~84.1%);④1~3个月婴儿:0.231~0.454(23.1%~45.4%);⑤3~6个月婴儿:0.027~0.20(2.7%~20.0%);⑥6~12个月婴儿:0.021~0.161(2.1%~16.1%);⑦1~3岁:0.012~0.12(1.2%~12.0%);⑧3~6岁:0.01~0.086(1.0%~8.6%);⑨6~12岁:0.006~0.047(0.6%~4.7%)

（四）临床意义：增高主要见于β地中海贫血，亦见于镰形红细胞性贫血、白血病、多发性骨髓瘤、恶性贫血、再生不良性贫血、先天性球形红细胞贫血。

十五、简易不稳定血红蛋白测定

（一）标本采集：静脉血3ml（抗凝管）。

（二）方法：异丙醇试验。

（三）正常参考值：阴性。

（四）临床意义：阳性提示存在不稳定血红蛋白或血红蛋白。

十六、变性珠蛋白小体计数（Heinz小体）

（一）方法：耐尔蓝法。

（二）正常参考值：<0.8%。

（三）临床意义：增多见于红细胞缺乏葡萄糖 6 磷酸脱氢酶的溶血性贫血，某些药物中毒（如伯氨喹啉）引起的血红蛋白变性，蚕豆病，不稳定血红蛋白病，脾切除，先天性无脾症的小儿及硝基苯和氨基苯类化合物中毒。

止血与凝血障碍的检查

一、毛细血管脆性试验

（一）方法：束臂试验。

（二）正常参考值：出血点在10个以内为阴性；出血点在10～20个为可疑；出血点在20个以上为阳性。

（三）临床意义：阳性见于以下几种情况：

（1）血管病变：单纯性紫癜、感染性紫癜（如伤寒、斑疹伤寒、流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎等）、药物性紫癜、过敏性紫癜、遗传性出血性毛细血管扩张症、血管性假血友病、异常蛋白血症、坏血病等，以及其他可疑毛细血管壁受损的疾病。

（2）血小板减少或功能障碍：特发性血小板减少性紫癜、巨大血小板综合征、继发性血小板减少性紫癜、血小板病、血小板无力症等。

（3）其他：慢性肾炎、尿毒症、高血压、糖尿病、类风湿性关节炎、胃液缺乏症、恶病质、肝脏疾患等。

二、血小板计数(BPC)

(一)方法:镜检直接计数法、电子血细胞计数仪法。

(二)正常参考值:

1. 镜检直接计数法:100×10^9 ~ 300×10^9/L(10.0 万 ~ 30.0 万/mm^3)。

2. 电子血细胞计数仪法:男为 $190.2\pm50.9\times10^9$/L,女为 $199.5\pm50.5\times10^9$/L(注意不同仪器正常参考值也不同)。

(三)临床意义:

1. 增加:

(1)生理性:运动、进餐后。

(2)病理性:急性失血、溶血性贫血、出血性血小板增多症、特发性血小板增多症、真性红细胞增多症、慢性粒细胞性白血病早期、骨髓纤维化早期、脾切除术后、肾移植发生排斥反应时。

2. 减少:

(1)生理性:妇女月经期(第 1 ~ 5d)。

(2)病理性:

1)造血功能障碍:①骨髓发育不全或被异常组织浸润,如再生障碍性贫血、白血病、淋巴肉瘤、骨髓纤维化晚期、何杰金病、结核病和骨髓被癌组织浸润等;②营养缺乏,如坏血病、恶性贫血、肝炎、部分巨幼红细胞性贫血;③感染和理化因素所致的骨髓抑制,严重感染(如败血症、细菌性心内膜炎、伤寒、流行性出血热等),苯、砷、金制剂中毒,放射线及镭照射过度,服用抗癌药,抗甲状腺药,噻嗪类利尿剂等。

2)血小板破坏亢进:特发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进时(如班替综合征、高雪病、肝硬化、淋巴瘤、结节病、黑热病等)、进行体外循环时等。

3)血小板消耗亢进:血栓性血小板减少性紫癜、弥漫性血管内凝血、巨大血管瘤等。

3. 血小板第Ⅲ因子有效性测定(PF_3T)

(一)标本采集:静脉抗凝血 3ml(硅化管)。

(二)正常参考值:与对照组相比,少于 5s 为第Ⅲ因子有效性正常。

(三)临床意义:若延长 5s 者,称第Ⅲ因子有效性降低,见于血小板无

力症、血小板减少性紫癜症、血小板第Ⅲ因子缺乏症、贮藏池病、尿毒症、肝脏疾病、巨球蛋白血症、多发性骨髓瘤、系统性红斑狼疮等。

四、出血时间(BT)

(一)正常参考值:1～4min(Duke法);2～7min(Ivy法)。

(二)临床意义:

1. 延长:①血小板减少($<50\times10^9$/L);特发性或继发性血小板减少性紫癜;②血小板功能异常:血小板无力症、巨大血小板综合征、慢性尿毒症等;③血管功能或结构上的异常:坏血病、遗传性出血性毛细血管扩张症;④缺乏与血小板功能有关的血浆因子:血管性假性血友病综合征;⑤服用抗凝药物过量。

2. 缩短:高凝状态(如流行性出血热血液浓缩时)。

五、阿斯匹林耐量试验(ATT)

(一)标本采集:服药前2h和服药后2h、4h,分别在同一取血点测出血时间3次。

(二)正常参考值:阴性;服药后比服药前出血时间延长不超过2min,2min以上者为阳性。

(三)临床意义:阳性见于轻型和亚临床型血管性假血友病。

六、凝血时间(CT)

(一)正常参考值:3～7min(毛细管法);2～5min(玻片法);4～12min(试管法)。

(二)临床意义:

1. 延长:

(1)较显著的第Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ因子减少(甲型、乙型和丙型血友病)。

(2)高度的凝血酶原减少:严重肝损害、阻塞性黄疸、新生儿出血病等。

(3)纤维蛋白原减少:先天性纤维蛋白原缺乏症、严重肝损伤等。

(4)应用肝素、双香豆素等抗凝药物时。

(5)纤溶亢进有大量纤维蛋白降解产物存在时。

七、血块收缩时间(CRT)测定

(一)标本采集:静脉血1ml(干燥管)。

(二)正常参考值:0.5～1h开始收缩,24h内血块完全收缩。

(三)临床意义：收缩不佳见于特发性血小板减少性紫癜、继发性血小板减少性紫癜、血小板无力症及特发性血小板增多症等。

八、凝血酶原时间(PT)测定

(一)标本采集：静脉血1.8ml(抗凝管)。

(二)方法：Quick一步法。

(三)正常参考值：12～14s(大于正常对照3s以上为延长)。

(四)临床意义：

1. 延长：

(1)维生素K缺乏：凝血酶原及Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ因子(维生素K依赖因子)不足，主要见于阻塞性黄疸及肠道菌群紊乱所致的维生素K吸收减少者。

(2)肝脏实质性损伤：肝硬化。

(3)先天性凝血酶原减少症以及先天性Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ因子缺乏症。

(4)血内抗凝物质增多：如服用双香豆素类药物者。

(5)纤维蛋白原低于1g/L。

(6)先天性肝素过度增加。

九、血清凝血酶原时间(PCT)测定

(一)标本采集：静脉血2ml(干燥管)。

(二)正常参考值：>20s。

(三)临床意义：

1. 消耗不佳(<20s)：

(1)凝血因子严重减少：甲、乙、丙型血友病，肝脏疾病等。

(2)血小板减少或缺乏：血小板减少性紫癜、其他血小板病。

(3)血中有抗凝物质。

十、凝血活酶生成试验(TGT)

(一)标本采集：末梢血0.2ml，注入2.5ml蒸馏水中混匀。

(二)方法：简易法。

(二)正常参考值：10～14s。

(二)临床意义：凝血活酶生成不佳(>15s)：①凝血因子减少：甲、乙、丙型血友病，血管性假血友病、肝脏疾病等；②血循环中有抗凝血活酶物质。

十一、白陶土部分凝血活酶时间(KPTT)测定

(一)标本采集:静脉血 1.8ml(抗凝管)。

(二)正常参考值:37±3s。

(三)临床意义:

1. 延长(>正常值 10s 以上):①凝血因子Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ、Ⅻ缺乏;②凝血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅹ及纤维蛋白原减少;③有肝素等抗凝物质存在;④纤维蛋白(原)降解产物增多。

2. 缩短:见于因子Ⅷ、Ⅴ活性增高、DIC 高凝期、血栓性疾病、血小板增多症等。

十二、纤维蛋白原(Fb)定量

参见本章第三节临床化学检验。

十三、血浆纤溶酶原测定

(一)标本采集:抗凝血 1ml。

(二)方法:免疫扩散法、发色底物法。

(三)正常参考值:

1. 扩散法:0.15~0.20g/L(15~20mg/dl)。

2. 发色底物法:0.9448±0.0895(94.48±8.95%)。

(四)临床意义:降低,见于以下 2 种情况。

(1)原发性纤溶亢进,如肝硬化、肝叶切除术、门静脉高压手术、肺叶切除术、肝移植等。

(2)继发性纤溶亢进,如前置胎盘、胎盘早剥、羊水栓塞、癌肿扩散、严重感染及 DIC 时。

十四、优球蛋白溶解时间(ELT)测定

(一)标本采集:静脉血 2ml(抗凝管)。

(二)方法:加钙法、加酶法。

(三)正常参考值:凝块溶解时间:>120min(加钙法);124±24min(加酶法)。

(三)临床意义:缩短(少于 90min)。表示纤溶活力亢进,见于:①急性纤维蛋白溶解:广泛烧伤、出血性休克、大手术、产科意外(如胎盘早期剥离、羊水栓塞等)、输血反应;②慢性纤维蛋白溶解症:急性白血病、肝脏疾病、慢性肾炎,癌肿广泛转移等;③检查有无隐性纤溶活力增加及观察

溶血栓治疗的效果。

十五、凝血酶时间(TT)测定

(一)标本采集:静脉血 2ml(抗凝管)。

(二)正常参考值:16～18s。

(三)临床意义:延长见于纤维蛋白原减少或存在纤维蛋白降解产物(FDP)、血浆中含有肝素或肝素样抗凝血酶物质,如弥散性血管内凝血(>对照 3s)。

十六、血浆鱼精蛋白副凝(PPP 或 3P)试验

(一)标本采集:静脉血 2ml(抗凝管)。

(二)正常参考值:阴性。

(三)临床意义:弥散性血管内凝血早期为阳性(后期转为阴性);晚期肝硬化、癌转移、肾病、心脏手术、高纤维蛋白原血症、异常球蛋白血症或局部血管发生凝血时可呈假阳性。

十七、乙醇凝胶化试验(EGT)

(一)标本采集:静脉血 2ml(抗凝管)。

(二)正常参考值:阴性。

(三)临床意义:同血浆鱼精蛋白副凝试验。

十八、纤维蛋白降解产物(FDP)测定

(一)标本采集:静脉血 2ml(净干管);晨尿 5ml(净干瓶)。

(二)方法:间接血凝法、酶免法。

(三)正常参考值:血:<37.11±25.60μg/L;尿:54.46±32.06μg/L。

(四)临床意义:

1. 血内增高:纤溶亢进、弥漫性血管内凝血、出血性血小板增多症、白血病、肝硬化、脑血栓形成、尿毒症、糖尿病、肺栓塞等。

2. 尿内增高:慢性肾炎肾病型、尿毒症。肾炎患者血清和尿的 FDP 均增高,但尿的阳性率远远超过血清,因此,尿 FDP 对肾炎的诊断更有重要意义,且可用于鉴别肾小球肾炎与肾病,前者未治疗前的尿 FDP 常>1.25mg/L(>1.25mg/L),而后者常<1.25mg/L(<1.25mg/L)。

十九、弥漫性血管内凝血的实验室检查

据 1982 年 6 月常州会议制定的急性 DIC 诊断标准、实验室检查有下列 3 项以上异常即可诊断:

(1)血小板计数低于 100×10^9/L 或呈进行性减低。严重肝病时出现 DIC，血小板应 $<50\times10^9$/L。

(2)PT 比正常对照延长或缩短 3s 以上或呈动态性变化。

(3)纤维蛋白原低于 1.5g/L 或呈进行性下降；定量超过 4.0g/L。

(4)3P 试验阳性或血清 FDP>20mg/L。

(5)血涂片中破碎红细胞比例>2%(正常<0.5%)。

(6)部分疑难病例在条件许可时可进行下列检查：①AT－Ⅲ含量测定；②因子Ⅷ含量或Ⅷ:c/vⅢR:Ag 比例因子Ⅷ凝血活性/因子Ⅷ相关抗原测定；③β 血栓球蛋白测定；④纤维蛋白原转换率测定。

骨髓细胞检验及血细胞化学染色

1. 骨髓细胞增生的临床意义：见表 1－1－2。

2. 骨髓细胞分类的临床意义：见表 1－1－3。

3. 细胞化学组织染色对各类白血病的鉴别：见表 1－1－4。

表 1－1－2　骨髓细胞增生的临床意义

增生程度	成熟红细胞：有核红细胞	高倍视野中有核细胞数	常见的情况
极度活跃	2～4∶1	>100	白血病等
明显活跃	4～20∶1	51～100	白血病、增生性贫血
活跃	20～50∶1	11～50	正常，增生性贫血
减低	50～150∶1	6～10	造血功能低下
极度低下	150～500∶1	1～5	再障

表 1-1-3　骨髓细胞分类的临床意义

细胞分类			正常参考值		临床意义	
			法定单位	旧制(%)	增　多	减　少
粒细胞系统	原始粒细胞		0.003～0.02	0.3～2	急性粒细胞性白血病与慢性粒细胞白血病的急变及急性红白血病(可达20%～90%)	见于各种化学、物理因素及严重感染所致的粒细胞缺乏症，伴有成熟停滞及粒细胞形态异常
	早幼粒细胞		0.001～0.03	0.1～3		
	中性	中幼	0.05～0.20	5～20	见于业急性及慢性粒细胞白血病、各种急性感染(包括细菌、病毒等)、代谢障碍(如尿毒症、酸中毒等)、某些药物和毒素的影响、急性失血、严重烧伤等	
		晚幼	0.09～0.18	9～18		
		杆状核	0.04～0.14	4～14		
		分叶核	0.07～0.30	7～30		
	嗜酸性	中幼、晚幼、杆状核、分叶核细胞	0.005～0.04	0.5～4	见于过敏性疾病、寄生虫感染及某些血液病(嗜酸性粒细胞白血病、嗜酸性粒细胞增多症、慢性粒细胞白血病等)	
	嗜碱性	中幼粒、晚幼粒、杆状核、分叶核粒细胞	0～0.001	0～0.1	见于慢性粒细胞性白血病及嗜碱性粒细胞白血病等	
淋巴系统	原始、幼				见于急慢性淋巴细胞性白血病、传染性单核细胞增多症、巨球蛋白血症、百日咳及再障等	
	大小淋巴细胞		0.03～0.20	3～20		
单核细胞系统	原始、幼单核细胞				见于单核细胞白血病及慢性感染(如结核病)	
	单核细胞		0～0.05	0～5		
浆细胞系统	原始、幼				见于多发性骨髓瘤	
	浆细胞		0～0.01	0～1		

续表

细胞分类			正常参考值		临床意义	
			法定单位	旧制(%)	增多	减少
红细胞系统	原红细胞		0.005～0.04	0.5～4	见于红血病、各种增生性贫血(如溶血性、失血性贫血)、地中海贫血、缺铁性贫血及原发性血小板减少性紫癜的急性期	
	早幼红细胞		0.01～0.05	1～5		
	中幼红细胞		0.12～0.20	12～20		
	晚幼红细胞		0.06～0.10	6～10		
巨核细胞系统	巨核细胞直接计数		7～35/1.5×3cm		慢性粒细胞性白血病、骨髓纤维化、原发性血小板减少性紫癜、巨核细胞性白血病	再生障碍性贫血、各种急性白血病
	核细胞分类(构成比)	原巨核细胞	0～0.02	0～2		
		幼巨核细胞	0～0.1	0～10		
		颗粒巨核细胞	0.1～0.3	10～30		
		生血小板型巨核细胞	0.5～0.8	50～80		
		裸核型巨核细胞	0～0.30	0～30		

表 1－1－4　细胞化学组织染色对各类白血病的鉴别

染色方法类型		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	Ⅵ	Ⅶ
淋巴细胞	N细胞	+/++粗颗粒	－	±	不必做	－～±	－	
	B细胞			－	不必做		－	－
	T细胞	±～+细颗粒		±～++	不必做	+～++	－	
急粒		±～++颗粒弥散	+～++	±	NaF有抵抗力	+		－
早幼粒		+～++颗粒弥散	+++	+	NaF有抵抗力	++	－	±
粒单		+～++细颗粒弥散	+～++	+～++	NaF敏感性	+～++	－	+～++
单核		+～+粗颗粒	－～+	+++	NaF敏感性	+～+	－	+～+++

Ⅰ：糖原染色(PAS)；Ⅱ：过氧化酶；苏丹黑B(SB)染色；Ⅲ：α醋酸萘酚(非特异性酯酶)染色；Ⅳ：α醋酸萘酚＋NaF＞5mg抑制；Ⅴ：酸性磷酸酶(ACP)染色；Ⅵ：ACP＋L酒石酸抑制；Ⅶ：溶菌酶。

血型与输血

血型主要是指红细胞膜上不同的血型抗原。与临床关系最为密切的有2个系统，即ABO血型系统和Rh血型系统。

一、ABO血型鉴定试验

（一）标本采集：末梢血或静脉血（抗凝管）。

（二）方法：试管法、玻片法

（三）结果及临床意义：应用标准抗A或抗B血清加被检者红细胞悬液，观察有无凝集现象，结果见表1-1-5。

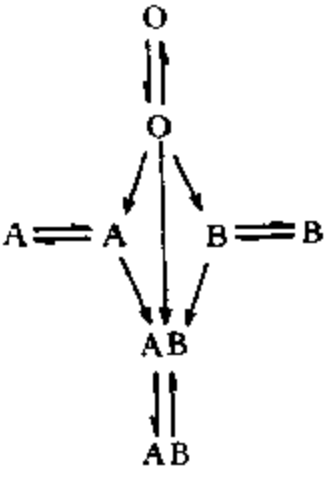
表1-1-5　血型鉴定结果判定

分型血清	抗A血清	抗B血清	血　型
受检者红细胞	-	+	A
	-	-	B
	+	-	AB
	-	-	O

注：+表示凝集；-表示不凝集。

该试验主要用于输血前患者的血型鉴定及选择献血员、器官移植供者选择、调查血型分布、法医学上亲缘关系及血迹血型鉴定等。

（四）ABO血型输血原则：一般选择同型输血，在无同型且病情急需时可选择异型输血，但不得超过400ml。同型和异型输血，见下式：



二、Rh血型鉴定

（一）标本采集：末梢血或静脉血。

（二）方法：木瓜酶法、胶体介质法。

(三)结果及临床意义:Rh 血型有 6 个抗原(C 与 c、D 与 d、E 与 e),因 D 的抗原性较强,临床上易引起输血反应和新生儿溶血病。

受检者的红细胞与标准的抗 Rh 血清发生凝集为 Rh 阳性;否则为 Rh 阴性。

我国汉、回等大多数民族 Rh 阳性率都在 99% 以上,只有部分少数民族阴性率较高:苗族为 12.3%;布依族为 8.7%;维吾尔族为 4.96%,在临床输血中应注意。

Rh 血型鉴定的意义在于:①它与临床输血的关系,Rh 阴性的人若输入 Rh 阳性的血液,易产生 Rh 抗体,当再次输入 Rh 阳性血液时易发生溶血反应;②它与妊娠及新生儿溶血病的关系,若 Rh 阴性妇女孕育 Rh 阳性胎儿时,第 2 胎易造成新生儿溶血性贫血、流产或死亡,该孕妇以后即便是第 1 次输入 Rh 阳性血液,也易发生溶血反应。若孕妇原曾输过 Rh 阳性血液,则可第 1 胎即发生新生儿溶血症。

三、交叉配血试验

(一)标本采集:受血者及献血者静脉血各 2ml(抗凝管)。

(二)方法:盐水法、木瓜酶法、胶体介质法、抗人球蛋白法。

(三)结果及临床意义:用受血者血清(浆)与献血者红细胞的配合(称主侧配合),同时用受血者红细胞与献血者血清(浆)的配合(称次侧配合)来检验献血者与受血者的血液是否配合,以决定能否输血,大量输血时,献血员之间配血也应配合。

同型输血时,主侧次侧均须配合,即均无凝集及溶血;异型输血时,主侧必须配合,即无凝集及溶血,次侧可不配合,但应注意,供血者血清中抗 A(B)效价应<1:200,无溶血,可输给少量(<400ml)。

交叉配血能发现 ABO 血型鉴定的错误;发现不规则凝集,如 A_2 型患者血清中含有抗 A_1 不规则凝集素(且凝集素效价较高),在配血时可发生凝集,这时应选择亚型相同的 A_2 型输血,否则易发生溶血反应;交叉配血还可发现其他血型抗体,如受血者和献血者 ABO 血型相同,但 Rh、P 等血型不同且含有抗体时,常出现不配合现象,应选择与受血者相同的血型输血,否则易发生溶血反应。

四、成分输血

成分输血包括血浆、红细胞、白细胞、血小板和凝血因子等,应根据临

床需要而选用。

成分输血是一种科学的输血方法，它是根据患者缺什么成分就补什么，而不输入不需要的血液成分。这样既能够输注高效能的必要的血液成分，又能一血多用，节省大量血液，且可减少因输入不必要的血液成分所引起的副作用。因此成分输血是当今世界上输血技术的发展趋势。

血液流变学检查

（一）标本采集：空腹静脉血 4ml（肝素抗凝管）。

（二）正常参考值：见表 1－1－6。

表 1－1－6　血液流变学正常参考值

检验项目		男　　性	女　　性
全血比粘度	高切	5.81～7.71	5.12～6.52
	低切	8.33～12.55	6.78～9.22
全血还原比粘度	高切	10.41～14.85	9.33～14.59
	低切	16.17～25.07	13.66～20.42
血浆比粘度		1.64～1.91	1.72～1.86
血沉		2～27	15～39
红细胞压积		0.41～0.51	0.33～0.51
血沉 K 值		7～107	38～164
时间(s)		11.84～18.60	13.01～18.07
红细胞电泳率		0.91～1.47	0.96～1.40
纤维蛋白原定量(g/L)		2～4	2～4
红细胞聚集指数		1.36～1.72	1.22～1.52
红细胞滤过指数		0.1～0.2	0.1～0.2

注：应以自己实验室条件做出的参考值为准。

（三）临床意义：血液流变学是研究人体血液流动性、粘滞性、变形性、凝固性变化规律的一种血液物理特性检查。对研究心脑血管疾病和衰老机理，以及中医的活血化瘀治疗和血瘀症的诊断、鉴别诊断、预报、预后判

断和疗效观察有重要意义。

1. 血液粘度增高：见于红细胞增多症、脑血栓、心肌梗死、心绞痛、慢支、肺气肿、肺心病、充血性心衰、法洛四联症、肺栓塞、脉管炎、糖尿病、视网膜动静脉栓塞、雷诺征、突发性耳聋、烧伤、休克、器官移植、体外循环、麻醉等。

2. 血液粘度降低：生理性见于妇女月经期及妊娠期；病理性见于出血性疾病及各种贫血、尿毒症、肝硬化腹水、急性白血病。

3. 血浆粘度增高：最典型的疾病是巨球蛋白血症、多发性骨髓瘤、高脂血症、球蛋白增多症。

4. 红细胞滤过指数增高：见于心血管疾病、脑血管疾病、神经系统疾病、糖尿病、血液病等。

5. 聚集指数是区分高粘综合征和低粘综合征的一项指标。

6. 红细胞电泳慢、血沉快：说明红细胞易聚集，易形成血栓。压积高说明血液浓稠，流动性差，K 值是纠正压积对血沉影响的一项指标。纤维蛋白原除作为 DIC 的一项诊断指标外，还与全血粘度、血浆粘度、红细胞聚集指数呈正相关。

第二节　一般临床检验

尿液检验

一般性状检验

一、尿量

（一）正常参考值：成人一般为 1.0～1.5L/d 或每小时为 1ml/kg 体重（极限值 0.6～3.6L/d），小儿按体重计算较成人多 3～4 倍。

（二）临床意义：

（1）增高：①生理性增高：饮水过多、饮浓茶及酒精类；②病理性增高：尿崩症、糖尿病、慢性肾炎、肾功能不全及神经性多尿等。

（2）降低：①生理性降低：饮水少、出汗多；②病理性降低：急性肾炎、

严重失水、休克、急性肾功能衰竭及慢性肾功能不全晚期。

二、颜色

(一)正常参考值:淡黄色,影响因素较多,如受饮食、运动、药物等影响。

(二)临床意义:

(1)红色而浑浊:多见于血尿,如泌尿道的肿瘤、结石、结核及急性肾炎等。

(2)棕红色:多为血红蛋白尿,如阵发性血红蛋白尿及溶血性疾病、恶性疟疾、伤寒、药物中毒、溶血性输血反应等,

(3)乳白色:即乳糜尿,见于丝虫病.

三、酸度反应(pH)

(一)方法:指示剂法、试纸法.

(二)正常参考值:弱酸性(pH5.5~6.5)。

(三)临床意义:

(1)增高:多见于代谢性碱中毒、膀胱潴留较久或服用碳酸氢钠。

(2)降低:见于代谢性酸中毒或服用氯化铵等药物。

四、浑浊度

(一)正常参考值:新鲜尿是清晰透明的。

(二)临床意义:浑浊见于乳糜尿、血尿、脓尿,上皮细胞的存在也可以发生浑浊;生理状态下,多见于尿中的盐类结晶,如无定形磷酸盐和碳酸盐、尿酸盐、草酸盐等。

五、相对密度

(一)方法:尿相对密度计法、折射计法。

(二)正常参考值:

(1)成人:随机尿:1.003~1.030;首次晨尿:>1.020。

(2)新生儿:随机尿:1.002~1.004。

(三)临床意义:

(1)增高:见于急性肾小球肾炎、心功能不全、高热状态、失水、糖尿病等。

(2)降低:见于尿崩症、肾功不全、慢性肾小球肾炎等。

化学检验

一、蛋白定性(PRO)

(一)标本采集:新鲜尿 20ml。

(二)方法:试纸法、加热醋酸法、磺基水杨酸法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于:

(1)功能性蛋白尿:泌尿系统无器质性病变,一般不超过(+),如剧烈体力活动、高温、严重寒冷、高烧及儿童期的体位性蛋白尿等。

(2)病理性蛋白尿:急、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、肾肿瘤、膀胱炎、肾盂肾炎、红斑狼疮性肾病、肾移植、过敏性紫癜肾炎、肾小球硬化症、糖尿病、镉中毒、妊娠高血压综合征、多发性骨髓瘤等。

二、本周蛋白定性(Bence-Jones)

(一)标本采集:新鲜尿 20ml。

(二)方法:对-甲苯磺酸法、热沉淀法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性多见于多发性骨髓瘤,偶尔见于淋巴肉瘤、何杰金病、白血病等。

三、尿糖定性(UGlu)

(一)标本采集:新鲜尿 10ml。

(二)方法:班氏法、试纸法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性。见于以下几种情况:

(1)生理性糖尿:见于食用大量糖类食物,内服、注射大量葡萄糖及情绪激动时。

(2)病理性糖尿,见于糖尿病、甲状腺功能亢进、垂体前叶功能亢进、柯兴综合征,也可见于急、慢性胰腺炎、肝硬化、肥胖症、高血压及肾性尿糖等;

(3)注意:某些药物也可影响该试验,造成假阳性或假阴性。

四、尿酮体定性(UABT、KET)

(一)标本采集:新鲜尿 10ml。

(二)方法:朗格(Lange)法、试带法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于糖尿病酮症,也见于长期饥饿、妊娠剧吐、营养不良及剧烈运动后。

五、胆红素定性

(一)标本采集:晨尿 10ml。

(二)方法:哈瑞森(Harrison)法、试带法、重氮法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于肝细胞性黄疸或阻塞性黄疸。

六、尿胆原定性(URO)

(一)标本采集:晨尿 10ml。

(二)方法:改良欧立(Ehrlich)法、试带法。

(三)正常参考值:弱阳性,1:20 倍稀释后为阴性。

(四)临床意义:

(1)阳性:肝细胞性黄疸、溶血性黄疸,也可见于发热、心功能不全等。

(2)阴性:见于完全阻塞性黄疸。

七、尿胆素定性

(一)标本采集:晨尿 10ml。

(二)方法:饱和醋酸锌法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于肝细胞性黄疸或溶血性黄疸。

八、乳糜尿定性

(一)标本采集:新鲜尿 10ml。

(二)方法:苏丹Ⅲ染料法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于丝虫病或其他原因引起的肾周围淋巴管阻塞的疾病。

九、尿潜血试验(BLD)

(一)标本采集:新鲜尿 5ml。

(二)方法:邻甲苯胺法、试带法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于血尿、血红蛋白尿,如溶血性输血反应、阵发性血红蛋白尿症、恶性疟疾、伤寒、溶血性黄疸、大面积烧伤以及化学药物中毒等。

十、尿含铁血黄素定性试验

(一)标本采集:新鲜尿 20ml。

(二)方法:罗斯(Rous)法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于慢性血管内溶血,如阵发性夜间血红蛋白尿及其他溶血性贫血引起的慢性血红蛋白尿症。

十一、肌红蛋白定性试验

(一)标本采集:新鲜尿 5ml。

(二)方法:硫酸铵法。

(三)正常参考值:阴性(极少数正常人可出现假阳性反应,此时可用电泳法、分光光度法、免疫化学法等加以鉴定)。

(四)临床意义:阳性见于以下几种情况:

(1)遗传性肌红蛋白尿:磷酸化酶缺乏。

(2)原发性肌肉疾病:皮肌炎或多发性皮肌炎、肌萎缩。

(3)阵发性夜间血红蛋白尿症。

(4)"行军性"血红蛋白尿症。

(5)寒冷性血红蛋白尿症。

(6)自身免疫性溶血性贫血:系统性红斑狼疮。

(7)药物:磺胺类、非那西丁、喹啉及砷中毒等。

(8)局部缺血性肌红蛋白尿:动脉阻塞、心肌梗死等。

十二、尿亚硝酸盐试验

(一)标本采集:新鲜尿 10ml(不能用陈旧有尿垢的小便容器)。

(二)方法:Griess 法、试带法。

(三)正常参考值:阴性

(四)临床意义:阳性主要见于革兰阴性杆菌引起的感染。

十三、遗传代谢性疾病常检项目结果

遗传代谢性疾病尿液常检项目结果见表 1-2-1。

尿液沉渣检查

一、红细胞

(一)正常参考值：<0～3 个/高倍视野。

(二)临床意义：红细胞>10 个/高倍视野或肉眼血尿，常见于急性或慢性肾炎、肾结核、肾结石、肾盂肾炎、肾外伤、肾下垂、肾梗死、肾肿瘤、充血性心力衰竭、前列腺炎及精囊炎等。

二、白细胞

表 1－2－1　遗传代谢性疾病尿液常检项目结果

疾病名称	$FeCl_3$ 试验	二硝基苯肼试验	Cuprizone 反应	对硝基苯胺反应	酸性白蛋白试验	硝普钠反应	班氏反应
苯丙酮尿症	-	+		-	-	-	+
枫糖尿症	+	+	-	-			+
酪氨酸血症	-	+	-	-			±
丙酸血症	+	+	-	-	-	-	+
组氨酸血症	+	+	+	-			-
甲基丙二酸血症	+	+	-	+	-	+	
胱氨酸尿症	-	-	-	-		+	-
同型胱氨酸尿症	-	-	-	-	-	+	
半乳糖血症	-		-	-		-	+
果糖不耐症	-	-	-		-	-	+
戊糖尿症	-		-	-	-	-	+
粘多糖贮积症	-	-	-		+		-
Hartnup 病	-	-	+		-	-	
尿黑酸尿症	+		-	-	-	-	+

(一)正常参考值：<5 个/高倍视野。

(二)临床意义：大量白细胞(脓细胞)常见于尿路感染、前列腺炎及精囊炎等。

三、上皮细胞

(一)正常参考值：少量扁平及圆形上皮细胞。

(二)临床意义：

(1)大量扁平上皮细胞出现，除因白带污染外，表示尿路有轻度炎症

反应。

(2)大量圆形上皮细胞出现,表示尿路较深层的粘膜有炎症病变。

(3)尾状上皮细胞大量出现,表示尿路炎症比较严重,如肾盂肾炎。

(4)大量小圆上皮细胞和管型同时出现,可见于肾小管病变。

四、管型

(一)正常参考值:透明管型0~1个/低倍视野。

(二)临床意义:

(1)透明管型:①生理性:剧烈运动后或老年人有少量出现一般无意义;②持续大量出现为急性肾小球肾炎、慢性肾脏疾病、恶性高血压、充血性心力衰竭、急性肾盂肾炎、肾淀粉样变性等,发热、麻醉后也可出现。

(2)颗粒管型:表示肾脏有实质性病变,见于急、慢性肾炎、肾病、严重感染及肾动脉硬化症等;急性肾小球肾炎多见粗颗粒管型。

(3)红细胞管型:见于红细胞进入肾小管的疾病,是肾出血的主要标志,如急性肾炎、慢性肾炎急性发作期及急性肾功能衰竭、肾充血、出血、ABO血型不合、溶血反应等。

(4)白细胞管型:表示肾脏有感染性病变,见于肾盂肾炎、急性肾小球肾炎、间质性肾炎、肾病综合征、狼疮性肾炎、恶性高血压等。

(5)上皮细胞管型:提示肾小管有剥离性病变,如急性肾小管坏死、急性肾盂肾炎、肾淀粉样变性、肾病、妊娠高血压综合征、毒素反应、长期高热、重金属中毒等

(6)蜡样管型:提示肾小管有萎缩、扩张,见于重症肾小球肾炎、慢性肾炎晚期或肾淀粉样变性等。

(7)脂肪管型:类脂性肾病及慢性肾小球肾炎的肾病期及肾小管中毒等。

五、结晶体

(一)正常参考值:正常酸性尿可见无定形尿酸盐、尿酸及草酸钙;正常碱性尿可见无定形磷酸盐、磷酸铵镁、碳酸钙及尿酸铵。

(二)临床意义:

(1)有临床意义的结晶体较少见,但在新鲜尿中出现大量尿酸及草酸钙结晶,并伴有红细胞及肾脏或膀胱刺激症状时,多为肾或膀胱结石。

(2)出现亮氨酸和酪氨酸结晶多为暴发型肝炎,急性的磷、氯仿、四氯

化碳中毒、白血病等。

(3)大量出现胱氨酸结晶多为肾或膀胱结石。

(4)胆固醇结晶多见于膀胱炎、肾盂肾炎、乳糜尿、肾变性或泌尿系肿瘤等。

(5)胆红素结晶出现多为黄疸、暴发型肝炎、肝癌、肝硬化、磷中毒、伤寒等。

(6)磺胺类药物结晶出现多为该类药物使用过量或该类药物结石。

六、圆柱状体

(一)正常参考值:无。

(二)临床意义:其出现意义同透明管型(在肾脏循环发生障碍时较为常见)。

七、爱迪计数检查(Addis)

(一)正常参考值:夜间12h尿内:红细胞<50万;白细胞<100万;管型(透明管型)<5 000。

(二)临床意义:主要用于隐匿性肾脏疾病的观察,但因误差较大,已趋于废弃。如为诊断,多用1h尿沉渣计数。增高见于尿路感染及肾脏疾病。

八、1h尿沉渣计数

(一)标本采集:准确收集2h内尿液,取均值计算。

(二)正常参考值:

1. 男:红细胞<3万/h,白细胞<7万/h。

2. 女:红细胞<4万/h,白细胞<14万/h。

(三)临床意义:同爱迪计数检查。

九、尿三杯试验

(一)临床意义:见表1-2-2。

表1-2-2 尿三杯检查临床意义

镜检发现	第1杯	第2杯	第3杯	病变部位
白细胞	+~++++	±	±	前尿道
白细胞	±	±	+~+++	后尿道
白细胞	+~++++	+~++++	+~+++	膀胱或膀胱以上

妊娠试验

(一)标本采集:新鲜尿 5ml。

(二)方法:快速胶乳凝集抑制试验、酶免早早孕。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性反应见于早期妊娠、流产后胎盘组织残留、宫外孕等。

粪便检验

理学检查

一、颜色

(一)正常参考值:成人棕黄色,婴儿金黄色。

(二)临床意义:

(1)灰白色:见于阻塞性黄疸。

(2)果酱色:见于阿米巴痢疾。

(3)红色:见于下消化道出血(直肠癌、肛裂等)。

(4)黑色有光泽:见于上消化道出血等。

(5)绿色:见于乳儿消化不良等。

二、性状

(一)正常参考值:软泥样柱状成形便。

(二)临床意义:

(1)粘液状:见于肠道下段炎症,如细菌性痢疾、急性血吸虫病或结肠癌等。

(2)脓血便:见于阿米巴或细菌性痢疾、肠道恶性肿瘤、小儿致病性大肠埃希菌肠炎。

(3)鲜血便:见于肛门或直肠出血。

(4)柏油样便:见于上消化道出血。

(5)米汤样便:见于急性肠道传染病(如霍乱、某些食物中毒)。

(6)水样便:见于急性肠道传染病、食物中毒及小儿秋季腹泻等。

(7)羊粪样便:见于痉挛性便秘。

(8)凝乳块：见于婴儿消化不良或饮食过多。

(9)糊状便：见于饮食过量后及其他消化不良症。

(10)柱状硬便：见于习惯性便秘。

显微镜检查

一、红细胞

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：见于肠道下段炎症或出血，如结肠炎、结肠癌、直肠息肉、阿米巴及细菌性痢疾等。

二、白细胞

(一)正常参考值：偶尔见白细胞。

(二)临床意义：增多见于细菌性痢疾及溃疡性结肠炎等。

三、巨噬细胞(大吞噬细胞)

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：见于细菌性痢疾及溃疡性细菌肠炎等。

四、脂肪球

(一)正常参考值：偶尔见少量。

(二)临床意义：大量存在见于脂肪消化不良，如胆道阻塞、胰腺功能障碍、局部性回肠炎及幼儿乳糜泻等。

五、寄生虫卵、各种滋养体与包囊

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：若粪便中发现有溶组织内阿米巴滋养体及包囊、兰氏贾第鞭毛虫滋养体与包囊、蛔虫卵、蛲虫卵、钩虫卵、鞭虫卵、姜片成虫或虫卵、华枝睾吸虫卵、绦虫节片或虫卵、日本血吸虫卵等，即可诊断为相应疾病或其感染。

隐血试验

(一)方法：邻甲苯胺法、无色孔雀绿法、试带法。

(二)正常参考值：阴性。

(三)临床意义：阳性见于消化道出血，如溃疡病、胃癌(持续出血)、肠结核、伤寒、钩虫病及某些出血性疾病等(注意：服用铁剂、动物血、猪肝及

叶绿素丰富的食物均可出现阳性)。

粪胆素

(一)方法:氯化高汞煮沸法。

(二)正常参考值:阳性。

(三)临床意义:阴性:见于阻塞性黄疸。

痰液检验

理学检验

一、气味

(一)正常参考值:新鲜或未分解的痰液一般无臭味。

(二)临床意义:

(1)恶臭:见于肺脓疡、支气管扩张及肺癌等。

(2)粪臭:见于膈下脓疡与肺相通时。

(3)腥臭:见于肺癌及肺脓疡。

二、颜色

(一)正常参考值:一般为白色或灰白色。

(二)临床意义:

(1)黄色:大量脓细胞所致,表示肺部有感染性病变。

(2)黄绿色:见于进行性肺结核及慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓疡、肺癌、肺炎消散期、肺部铜绿假单胞菌感染、重症黄疸等。

(3)橙黄或铁锈色:见于大叶性肺炎及肺梗死等。

(4)咖啡色:见于阿米巴肺脓肿及肺吸虫病。

(5)棕色:见于心脏病患者肺部慢性充血或肺部出血后。

(6)红色、血性痰:见于肺结核、支气管扩张、肺部肿瘤,也见于肺炎、肺充血、肺梗死、肺脓肿、呼吸道恶性肿瘤、呼吸道外伤或溃疡、出血性疾病等;

(7)灰色或黑色:见于肺尘埃沉着症(炭末、铁末、石粉等沉着)。

三、性质

(一)正常参考值:一般稍粘稠。

(二)临床意义：

(1)粘液性：见于支气管炎、哮喘及肺炎早期等。

(2)粘液性脓痰：见于肺结核、慢性支气管炎发作期、支气管扩张等。

(3)浆液性：白色多见于慢性支气管炎、支气管哮喘，粉红色见于肺水肿、肺瘀血。

(4)浆液脓性：见于肺组织坏死及肺脓肿等。

(5)脓性：见于化脓性细菌感染、肺脓肿、脓胸、肺坏疽、肺结核空洞及支气管扩张等。

(6)血性：见于肺结核、肺部肿瘤、肺吸虫病、支气管扩张、肺脓疡、肺梗死、肺动脉高压、肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热、白血病等。

显微镜检验

一、白细胞

(一)正常参考值：少量。

(二)临床意义：中性粒细胞(脓细胞)增多见于呼吸系统化脓性感染的脓性痰中；而支气管哮喘、肺结核恢复期、肺吸虫病时，可见较多嗜酸性白细胞；肺结核时多见淋巴细胞。

二、红细胞

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：支气管出血或肺出血等。

三、心力衰竭细胞

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：肺部长期瘀血和心力衰竭患者，偶尔见于肺炎、肺气肿、肺栓塞及肺出血患者痰中。

四、肿瘤细胞

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：见于肺部肿瘤。

五、弹力纤维

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：表示肺实质有破坏，可见于肺脓疡、肺坏疽、肺恶性肿瘤及进行性肺结核等。

六、库什曼螺旋体

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：见于各期支气管哮喘以及肺炎、肺癌、肺结核等。

七、夏克雷登结晶

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：见于各种过敏性疾病及肺部寄生虫病。

八、寄生虫和虫卵

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：痰中发现下列寄生虫及虫卵均有临床诊断意义：肺吸虫卵、溶组织内阿米巴滋养体及包囊、钩虫蚴、蛔虫蚴、粪类圆线虫的杆状蚴虫等。

九、细菌

(一)正常参考值：无致病菌。

(二)临床意义：如有肺炎链球菌，提示为肺炎球菌性肺炎；如有白色念珠菌，提示为鹅口疮或肺念珠菌病；如有抗酸分枝杆菌，提示为呼吸道结核。

胃液检验

理学检验

一、量

(一)正常参考值：空腹 10～70ml。

(二)临床意义：

(1)增多(>100ml)：多见于十二指肠溃疡、胃泌素瘤、胃溃疡、胃蠕动过慢、幽门梗阻痉挛。

(2)减少：胃癌、慢性低酸性或无酸性胃炎，胃蠕动亢进。

二、颜色

(一)正常参考值：无色、稀薄、清晰或稍浑浊、灰白色。

(二)临床意义：

(1)黄绿色：含有十二指肠回流的胆汁。

(2)浅红色：新鲜出血、少量血丝，多因胃粘膜损伤。

(3)棕褐色、咖啡色：如胃癌、溃疡病及胃炎等。

三、气味

(一)正常参考值：无味或略有酸味。

(二)临床意义：胃癌时呈恶臭味或腥臭；小肠低位梗阻时可有粪臭味；尿毒症时有氨臭味。

四、粘液

(一)正常参考值：少量。

(二)临床意义：慢性胃炎时大量存在。

五、食物残渣

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：大量存在时，常为胃蠕动功能不足或梗阻，可见于胃扩张、胃下垂、幽门阻塞、痉挛、溃疡及肿瘤等。

显微镜检验

一、红细胞

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：可见于胃溃疡出血、胃癌、糜烂、炎症或其他损伤。

二、白细胞

(一)正常参考值：少量。

(二)临床意义：大量出现为化脓性炎症，如胃粘膜的各种炎症、口腔、副鼻窦、鼻咽部及呼吸道炎症等；若见到完整的白细胞，则提示胃酸缺乏；若被胆汁染成黄绿色，则有胆道疾患的可能。

三、上皮细胞

(一)正常参考值：可见少量扁平上皮细胞。

(二)临床意义：出现大量柱状上皮细胞时为胃炎。

四、癌细胞

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：胃癌时有时可发现癌细胞。

五、细菌

(一)正常参考值：无。

(二)临床意义：

(1)大量的微球菌及酵母菌多为胃内容物滞留，见于幽门梗阻、胃溃

疡。

(2)大量乳酸杆菌见于胃内容物长期郁积、胃酸减少。

(3)化脓性球菌大量出现时提示有化脓性炎症存在。

(4)肺结核患者胃液中可见到抗酸杆菌。

化学检验

一、乳酸试验

(一)正常参考值:阴性。

(二)临床意义:阳性见于胃癌、萎缩性胃炎、幽门梗阻。

二、隐血试验

(一)正常参考值:阴性。

(二)临床意义:阳性见于溃疡病、胃粘膜糜烂、静脉曲张破裂、胃癌、急性胃炎、插管时胃管损伤胃粘膜等。

三、胆汁试验

(一)正常参考值:阴性。

(二)临床意义:大量胆汁存在时多为总胆管以下肠道梗阻及胆汁反流性胃炎;若胃液内有胆汁且伴有血液,提示胃、十二指肠病变处出血;若伴有胆固醇和(或)胆红素钙结晶则可能有胆石症;偶尔伴有寄生虫卵,如华枝睾吸虫卵、蛔虫卵等。

四、胃功能检验

(一)游离盐酸和总酸度:

1. 正常参考值:游离盐酸:空腹时 0～30u,进餐后 25～50u;总酸度:空腹时 10～50u,进餐后 50 -75u。

2. 临床意义:

(1)增高:见于十二指肠溃疡、胃溃疡、慢性高酸性胃炎及胃泌素瘤。

(2)减低:见于胃癌、慢性低酸性或无酸性胃炎、胃扩张和慢性酒精中毒等。

(3)缺乏:见于萎缩性胃炎、恶性贫血及胃癌等。

本法局限性大,故目前已趋向淘汰,渐被酸分泌量测定所取代。

(二)酸分泌量测定法:

1. 正常参考值:

(1)基础排酸量(简称 BAO):2～5mmol/h(2～5mEq),pH1.3～1.8,基础胃酸量 30～110ml。

(2)最大泌酸量(简称 MAO):男 17～23mmol/h,女 10～16mmol/h,高限值:40mmol/h,胃液量 100～210ml。

(3)高峰酸排泌量(简称 PAO):20.26±8.77mmol/h(高限:男 45,女 30)。

2. 临床意义:

(1)BAO=0,pH≥7.0:提示无酸,见于真性胃酸缺乏症如重症萎缩性胃炎、胃粘膜萎缩、恶性贫血和部分胃癌及全胃切除术后。

(2)BAO、MAO 均<正常水平:可见于萎缩性胃炎和胃癌等。

(3)BAO、MAO、PAO 均>正常高值,壁细胞为正常的 1 倍以上或 pH<1.0:提示高酸,见于十二指肠溃疡等。

(4)胃溃疡患者 BAO 与 PAO 均可与正常人类似。

(5)十二指肠和胃溃疡手术后,BAO、PAO 明显降低,若有溃疡病症状,且 BAO>5mmol/h,MAO>25mmol/h,很可能为溃疡复发。

(6)BAO/MAO 值<0.2:见于正常人、胃溃疡或胃癌等;0.2～0.4 之间多为胃、十二指肠溃疡病;0.4～0.6 之间多为十二指肠球部溃疡或胃泌素瘤;0.6 以上为胃泌素瘤。

十二指肠引流液检验

一、量及颜色、透明度、粘稠度

(一)正常参考值:

(1)胆总管液(甲液):金黄色,10～20ml。

(2)胆囊液(乙液):深褐色,30～60ml。

(3)肝内胆液(丙液):柠檬黄色,引流量随时间长短而有差异,为 200ml 左右。

(4)十二指肠液(丁液):灰白色或淡黄色,10～20ml。

(5)透明度:透明无沉渣,若混有胃酸时可变浑浊。

(6)粘稠度:粘稠(特别是乙液)。

(二)临床意义:

(1)无胆汁排出:常见于胆总管完全阻塞,如结石、肿瘤压迫;无乙管

胆汁：见于胆囊功能丧失。

（2）用刺激剂前，若有多量乙胆汁排出，多见于胆道扩张伴感染或胆囊液有部分淤积或胆囊运动功能过强。

（3）排出异常浓稠的胆汁，见于胆石症、胆囊液郁积；排出异常稀淡胆汁，见于慢性胆囊炎的浓缩功能降低。

（4）混有血液可见于十二指肠炎、消化性溃疡、胰头癌。

（5）有颗粒沉淀或胆砂见于胆石症。

（6）排出胆汁浑浊：可见于胃液混入胆汁中胆盐沉淀，病理情况下见于十二指肠炎和胆道感染；若同时伴有血液，应考虑急性十二指肠炎、消化性溃疡、肿瘤等。

二、镜检

（一）正常参考值：①白细胞＜20个/高倍视野；②红细胞：无；③上皮细胞：鳞状上皮（多来自口腔、食道无意义），可有少量脱落十二指肠上皮细胞和胆道上皮细胞；④粘液丝：无；⑤结晶：无；⑥寄生虫卵、包囊或滋养体：无；⑦细菌：无致病菌；⑧肿瘤细胞：无。

（二）临床意义：

（1）红细胞：少量多为引流管擦伤，大量见于十二指肠、肝、胆、胰等部位的出血性炎症、胆石症及肿瘤。

（2）白细胞：大量出现于甲液为十二指肠炎、胆管炎；大量出现于乙液为胆囊炎；大量出现于丙液为肝内胆小管炎。

（3）上皮细胞：大量出现见于十二指肠炎、胆道炎症。

（4）粘液丝出现及排列对胆道炎症诊断定位有参考：大量出现见于胆道感染、十二指肠卡他性炎症（平行排列）、胆囊颈部炎症（螺旋纹状排列）。

（5）结晶：胆液中最常见的结晶为胆固醇、胆红素和胆红素钙结晶。若伴有红细胞存在时则胆结石的可能性最大。

（6）寄生虫及虫卵：出现兰氏贾第鞭毛虫滋养体、粪圆线幼虫、华枝睾吸虫卵、钩虫卵、蛔虫卵，可诊断相应的寄生虫病，阿米巴肝脓疡患者偶尔可在胆液中见到阿米巴滋养体或包囊。

（7）细菌：乙液胆汁内发现细菌，如大肠埃希菌、伤寒沙门菌则诊断意义较大。

(8)肿瘤细胞:发现时可诊断相应的肿瘤。

脑脊液检验

一、性状

(一)正常参考值:无色、透明、清晰、呈水样。

(二)临床意义:

1. 颜色:①红色:均匀一致表示蛛网膜下腔出血或脑出血,硬膜下血肿;②黄色:结核性脑膜炎、肿瘤、蛛网膜下腔陈旧性出血、脑脓肿(未破裂者)、脊髓瘤、脑栓塞及血栓形成、脑膜粘连、包裹性硬膜下血肿、化脓性脑膜炎、重度黄疸、心功能不全、含铁血黄素沉着症、胡萝卜素血症、早产儿等;③白色米汤样或脓样:各种化脓性脑膜炎;④微绿色:铜绿假单胞菌脑膜炎、草绿色链球菌性脑膜炎;⑤褐色、黑色:中枢神经系统恶性黑色素瘤;⑥无色:病毒性脑膜炎、脑炎时为无色。

2. 透明度:①微浑:乙型脑炎、脊髓灰质炎、脑脓肿(未破裂者);②米汤样:化脓性脑膜炎;③毛玻璃状:多见于结核性脑膜炎,也可见于病毒性脑膜炎、霉菌性脑膜炎、脑炎等;④凝块:结核性脑膜炎(多有薄膜)、化脓性脑膜炎(凝块多沉底);⑤黄色凝块:脊髓腔肿瘤后期。

二、白细胞计数

(一)正常参考值:

1. 成人:$0\sim8\times10^6$/L($0\sim8$/mm^3)。

2. 儿童:$0\sim15\times10^6$/L($0\sim15$/mm^3),大多为淋巴细胞。

(二)临床意义:

1. 中性粒细胞增多:各种化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎和乙型脑炎的早期及脑脓肿(未破者)。

2. 淋巴细胞增多:病毒性脑膜炎或乙型脑炎后期、脑脊髓肿瘤、结核性脑膜炎后期、霉菌性脑膜炎、脊髓灰质炎、麻痹性痴呆、脑血管梅毒等。

3. 嗜酸细胞增多:脑囊虫病、脑型肺吸虫病。

4. 红细胞增多:蛛网膜下腔出血、脑出血、穿刺损伤等。

三、蛋白质定性

(一)方法:潘氏(Pandy)法。

(二)正常参考值:阴性。

(二)临床意义：脑组织和脑膜疾患均可呈不同程度阳性反应。

1.±～+：麻痹性痴呆、脑肿瘤、脑血栓形成、硬膜下血肿。

2.+～－：霉菌性脑膜炎、病毒性脑膜炎、乙型脑炎、脊髓灰质炎、脑膜血管梅毒、脑脓肿(未破者)、脑出血、蛛网膜下腔出血。

3.+～++++：脊髓腔肿瘤。

4.+++以上：化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎。

四、蛋白定量

(一)方法：磺基水杨酸浊度法、邻苯三酚红钼络合显色法。

(二)正常参考值：150～450mg/L(15～45mg/dl)。

(三)临床意义：同蛋白定性，可有不同程度增加，见表1－2－3。

五、糖定量

(一)方法：邻甲苯胺法、葡萄糖氧化酶法。

(二)正常参考值：

1.成人：2.5～4.5mmol/L，即45～80mg/dl，

2.儿童：2.8～4.5mmol/L，即50～80mg/dl，

(三)临床意义：

1.增高：糖尿病、脑肿瘤。

2.减少：见于化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎、霉菌性脑膜炎，而脑膜血管梅毒、病毒性脑膜炎、麻痹性痴呆等可正常或减少。

表1－2－3　脑脊液蛋白定量临床意义

临床情况	脑脊液蛋白含量mg/L
正常	150～450
球菌性脑膜炎	1 000～30 000
结核性脑膜炎	500～3 000，偶尔可达10 000
浆液性脑膜炎	300～1 000
脑炎	500～3 000
癫痫	500～3 000
神经梅毒	500～1 500
多发性硬化症	250～800
脊髓肿瘤	1 000～20 000
脑瘤	150～2 000
脑脓肿	300～3 000
脑出血	300～1 500

六、氯化物定量

(一)方法:硝酸汞滴定法、硫氰酸汞比色法、电量法等。

(二)正常参考值:120～130mmol/L。

(三)临床意义:

1. 增高:脊髓腔肿瘤轻度增高。

2. 减少:见于化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎、霉菌性脑膜炎、脑出血。

七、细菌及真菌、寄生虫卵

(一)正常参考值:阴性。

(二)临床意义:结核性脑膜炎者静置 12～24h 后有薄膜形成,抗酸染色可检查到结核分枝杆菌,化脓性脑膜炎者可查到致病菌;真菌性脑膜炎者可用墨汁涂片法检出新型隐球菌;脑型血吸虫病或脑型肺吸虫病有时可在沉淀物中发现血吸虫卵或肺吸虫卵。

浆膜腔积液检验

浆膜腔正常情况下,无或仅有少量漏出液。

(一)正常参考值:无或有少量漏出液。

(二)临床意义:见表 1－2－4。

表 1－2－4　渗出液与漏出液的鉴别

检查项目及病因	漏出液	渗出液
颜色	常为淡黄或黄绿色	草黄:浆液性、浆液性纤维素性 黄白色:脓性 棕红及咖啡色:血性,如内脏损伤、恶性肿瘤、出血性疾病、结核病急性期、穿刺损伤 乳白色:丝虫病、淋巴结肿瘤、淋巴结核、慢性肾炎肾变期、胸导管阻塞、破裂、损伤、腹膜癌等 乳酪色:脓胸、化脓性胸膜炎 绿色:铜绿假单胞菌感染
透明度	清或微浑	多浑浊
凝固	一般不凝固	常自然凝固
相对密度	＜1.015	＞1.018

续表

检查项目及病因	漏出液	渗出液
蛋白定量	<30g/L	>30g/L
李凡他试验（Rivalta）	阴性	阳性
葡萄糖定量	与血糖一致	低于血糖
细胞计数	常<200×10⁶/L	常>300×10⁶/L
细胞分类	主要为间皮细胞、淋巴细胞、若穿刺损伤可见少量红细胞	大量红细胞：出血、肿瘤、结核 大量淋巴细胞：慢性炎症 大量中性粒细胞：急性炎症 大量酸性粒细胞：过敏状态及寄生虫感染所致的渗出液，结核性浆膜炎 肿瘤细胞：恶性肿瘤
细菌检查	无	可找到致病菌
病因	非炎症所致：心力衰竭、肾炎、门静脉梗阻、局部静脉回流受阻、血浆蛋白过低	炎症性渗出液：由感染、变态反应性疾病、结缔组织性疾病、恶性肿瘤、外伤、肠梗阻引起

精液检验

一、量

（一）正常参考值：每次2～5ml。

（二）临床意义：<1.5ml可视为不正常，前列腺及精囊部病变时排出量减少。

二、颜色

（一）正常参考值：白色，久未射精时呈淡黄色。

（二）临床意义：

1. 黄色脓样：精囊炎、前列腺炎或结核性炎症。

2. 红色：精囊结核或前列腺癌，可混有血液。

三、粘稠度

（一）正常参考值：粘稠、离体半小时后液化。

（二）临床意义：半小时后不液化或液化不全，可影响精子活动，排出时粘稠度很低亦多不正常（其中精子数量往往太少）。

四、活动率

（一）正常参考值：射精 30～60min 内应在 70% 以上。

（二）临床意义：若 40% 以上活动不良者，不易生育。

五、精子活动力

（一）正常参考值：一般Ⅲ级以上。

（二）临床意义：

1. 若 0 级、Ⅰ级精子在 40% 以上时为男性不育症的原因之一。

2. 精索静脉曲张、泌尿生殖系统的非特异性感染，以及某些代谢药、抗疟药、雌激素、氧化氮芥等可使精子活动力下降。

六、精子计数

（一）正常参考值：60×10^9～150×10^9/L（0.6 亿～1.5 亿/ml）或 1 次射精精子总数为 400×10^9～600×10^6。

（二）临床意义：＜50×10^9/L 时或 1 次射精总数少于 90×10^6 为不正常。睾丸发育不良和炎症、精索静脉曲张、铅中毒、大剂量放射线、药物均能引起精子数目减少甚至消失。

七、形态

（一）正常参考值：正常精子＞80%。

（二）临床意义：畸形＞20% 为不育原因之一。精索静脉曲张，接触铅、大剂量放射线及细胞毒药物等可使精子形态异常。

八、细胞

（一）正常参考值：白细胞＜5 个/高倍视野，应注意与精原细胞相区别，红细胞极少。

（二）临床意义：白细胞增多提示感染；红细胞增多提示精囊炎、结核性炎症、前列腺癌或睾丸肿瘤。

九、pH 值

（一）正常参考值：7.2～8.9（试纸法）。

（二）临床意义：精子活动在碱性时增加，酸性时减弱。pH<6 时，精液不能中和阴道分泌物中由阴道乳酸杆菌产生的酸，可使精子活动和代谢降低，不利于生育。

前列腺液检验

一、颜色

（一）正常参考值：乳白色稀薄液体。

（二）临床意义：病理情况下可呈浅黄色脓样或浅红色粘丝。

二、白细胞

（一）正常参考值：<10 个/高倍视野。

（二）临床意义：增多提示前列腺可能有炎症。

三、红细胞

（一）正常参考值：无或偶见。

（二）临床意义：>5 个/高倍视野提示精囊炎、急性前列腺炎、前列腺癌，按摩过重时也可见到。

四、卵磷脂小体

（一）正常参考值：＋＋＋～＋＋＋＋为满视野，分布均匀。

（二）临床意义：前列腺炎时卵磷脂小体减少并有成堆出现倾向，严重时可消失。

五、细菌及滴虫

（一）正常参考值：无

（二）临床意义：如发现致病细菌可诊断为前列腺炎，滴虫则见于滴虫性前列腺炎。

六、癌细胞

（一）正常参考值：无。

（二）临床意义：前列腺癌时可找到癌细胞。

阴道分泌物检验

一、清洁度

阴道涂片清洁度判定及临床意义见表 1　2－5。

表 1-2-5 阴道涂片清洁度判定及临床意义

清洁度	杆菌	球菌	上皮细胞	脓细胞或白细胞	临床意义
Ⅰ	多		满视野	0～5 个/高倍视野	正常
Ⅱ	少	少	1/2 视野	5～15 个/高倍视野	
Ⅲ	少	多	少	15～30 个/高倍视野	多为阴道炎(可查病原体)或非特异性阴道炎
Ⅳ	-	大量	-	大于 30 个/高倍视野	

二、病原体检验

(一)正常参考值:无。

(二)临床意义:若找到滴虫、霉菌、阿米巴滋养体、淋病奈瑟菌即可诊断相应的疾病。

第三节 临床化学检验

血清蛋白与含氮物质测定

一、血清总蛋白(TP)

(一)标本采集:静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法:双缩脲法。

(三)正常参考值:60～80g/L(6～8g/dl)。

(四)临床意义:

(1)增高:脱水和血浆浓缩(如呕吐、腹泻、高热、休克、慢性肾上腺皮质功能减退),蛋白合成增加(如多发性骨髓瘤)。

(2)降低:水和盐滞留、血浆稀释、摄入不足(营养或吸收不良)、消耗增加(如严重结核病、甲亢、恶性肿瘤)、合成障碍(如肝坏死、肝硬化)、丢失增加(如严重烧伤、大量出血、肾病综合征、溃疡性结肠炎)。

二、血清白蛋白(ALb)

(一)标本采集:静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法:溴甲酚绿法。

(二)正常参考值:35～55g/L(3.5～5.5g/dl)。

(四)临床意义:

(1)增高:脱水和血浆浓缩。

(2)降低:消耗或丢失增加,如甲状腺功能亢进、糖尿病、慢性消耗疾病、腹水、严重烧伤、恶病质、急慢性肾炎、肾病综合征;蛋白质摄取不足如吸收不良及消化吸收功能障碍的慢性胃肠道疾病;与合成功能不全如慢性肝炎肝硬化、肝坏死、恶性贫血。

三、血清球蛋白

(一)方法:总蛋白－白蛋白－球蛋白。

(二)正常参考值:20～30g/L(2.0～3.0g/dl)。

(三)临床意义:

(1)增高:①感染引起的机体免疫反应增强,如慢性肝炎、活动性结核、黑热病、血吸虫病、疟疾、麻风、亚急性感染性心内膜炎;②自身免疫性疾病,如系统性红斑狼疮、硬皮病、风湿热、类风湿性关节炎、肝硬化;③骨髓瘤、淋巴瘤。

(2)降低:①生理性,3岁以内正常婴幼儿;②合成减少,应用肾上腺皮质激素或其他免疫抑制剂、肾上腺皮质功能亢进(柯兴综合征)。

四、血清蛋白电泳(SPE)

(一)标本采集:静脉血1ml(净干管)。

(二)方法:醋酸纤维素薄膜电泳法(丽春红S染色)。

(三)正常参考值与临床意义见表1－3－1和表1－3－2。

表1－3－1　蛋白电泳正常参考值

蛋白质组分	g/L	占总蛋白百分数
白蛋白	35～52	0.57～0.68
α_1球蛋白	1.0～4.0	0.01～0.057
α_2球蛋白	4.0～8.0	0.049～0.112
β球蛋白	5.0～10.0	0.07～0.13
γ球蛋白	6.0～13.0	0.098～0.182

表 1－3－2　几种疾病的蛋白电泳变化

病　　名	白蛋白	球蛋白			
		α_1	α_2	β	γ
肾病	↓↓	⌒	⌒⌒	⌒	↓
弥漫性肝损害	↓↓	⌒	↓	↓	⌒
肝硬化	↓↓	↓	↓	β－γ 桥	
原发性肝癌	↓↓	AFP			⌒
多发性骨髓瘤[①]				⌒	⌒⌒
慢性炎症	↓	⌒	⌒	⌒	⌒
妊娠	↓			⌒	↓
无丙种球蛋白血症					↓↓
双白蛋白血症[②]	双峰				

注：①：异常球蛋白，可出现 M 区带；②：一种家族性白蛋白异常的双蛋白血症遗传病；⌒：轻度增加；⌒⌒：大量增加；↓：轻度减少；↓↓：大量减少。

五、纤维蛋白原测定

（一）标本采集：静脉血 2ml（净干管）。

（二）方法：双缩脲法。

（三）正常参考值：2～4g/L（200～400mg/dl）。

（四）临床意义：

（1）增高：①它是一种急性蛋白，是机体的非特异性反应，可见于感染，如毒血症、肺炎、轻型肝炎、胆囊炎、肺结核及长期的局部炎症等；②无菌性炎症，如肾病综合征、风湿热、恶性肿瘤、风湿性关节炎等；③其他，如放射治疗、月经期及妊娠期可见轻度增高。

（2）减少：见于先天性纤维蛋白原缺乏症、弥漫性血管内凝血症、严重的肝实质损害（如各种原因引起的肝坏死、慢性肝病晚期、肝硬化）及肺、前列腺手术中等。

（3）纤维蛋白原异常：见于纤维蛋白原异常的遗传病。

六、血清粘蛋白（SM）

（一）标本采集：静脉血 2ml（净干管）。

（二）方法：酚试剂比色法。

（三）正常参考值：以酪氨酸计为 33.8±2.7mg/L，以蛋白计为 0.5～

0.9g/L。

(四)临床意义:

(1)增高:感染、风湿热、系统性红斑狼疮、活动性肺结核、结缔组织病、某些恶性肿瘤。

(2)降低:广泛性肝脏实质性病变、垂体、肾上腺功能减退、甲状腺功能减退、肾病综合征等。

(3)对以下肝病有鉴别诊断意义:非肝细胞性黄疸增高、肝细胞性黄疸降低,肝硬化降低;肝癌时升高。其连续测定对同一病程的转归、疗效判断有一定的参考价值。

七、糖化血清蛋白

(一)标本采集:静脉血 2ml(净干管)。

(二)方法:硝基四氮唑蓝比色法。

(三)正常参考值:1.9±0.25mmol/L。

(四)临床意义:血清蛋白半衰期较短,该试验可有效地反映患者过去1~2周内平均血糖水平,它不受临时血糖浓度波动的影响。其增高主要见于糖尿病患者及服药后血糖控制不好的患者,若糖尿病患者在服药期间血糖浓度一直处于稳定状态,则其糖化血清蛋白的含量也趋向稳定。该试验基本上可以代替糖化血红蛋白测定。

八、血清肌红蛋白定量(SMb)

(一)标本采集:静脉血 2ml(净干管)。

(二)方法:放免法。

(三)正常参考值:5.9~11.8μmol/L(60~80mg/ml)。

(四)临床意义:增高是心肌急性坏死最敏感、最可靠的观察指标。急性心肌梗死时显著增高;多发性肌炎、重症肌无力、进行性肌营养不良时也可增高;还可见于癫痫大发作后、创伤性休克周围灌注明显降低的患者、心肺复苏患者及严重肾功能障碍者。

九、血清 β_2 微球蛋白测定

(一)标本采集:静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法:放免法。

(三)正常参考值:2.2±0.4μg/L(2.2±0.4ng/ml)。

(四)临床意义:增高见于尿毒症、肾功能不全、肾病、糖尿病、肝炎、肝

硬化、癌肿、淋巴瘤、白血病等。

十、铁蛋白测定(SF)

(一)标本采集:静脉血 2ml(净干管)。

(二)方法:放免法。

(三)正常参考值:

(1)男:20～240μg/L(20～240ng/ml)。

(2)女:16～130μg/L(16～130ng/ml)。

(四)临床意义:

(1)增高:①见于原发性血色病、原发性含铁血黄素增多症,也可见于肝炎、肝硬化、药物性肝坏死、阻塞性黄疸、再生障碍性贫血、急性感染、心肌梗死等;②恶性肿瘤:如白血病(急粒、粒单)、何杰金病,网状细胞淋巴肉瘤明显增高;胰癌、肺癌、胆管癌、葡萄胎、绒癌、乳腺癌时升高;还可用于这些疾病的疗效观察、预后判断。

(2)减低:缺铁性贫血、原发性血小板减少性紫癜等。

十一、血液尿素氮(BUN)

(一)标本采集:静脉血 2ml(净干管)。

(二)方法:二乙酰一肟比色法、尿酶法。

(三)正常参考值:2.9～7.1mmol/L(8～20mg/dl)。

(四)临床意义:增高见于以下几种情况:

①肾前性:脱水、心功能不全、腹水、休克;②肾性:各种肾脏疾病,尤其是累及两侧者(如肾炎等)引起的尿毒症;③肾后性:前列腺肥大、尿路结石、泌尿道肿瘤引起的尿道梗阻;④蛋白质分解过多,消化道出血、严重烧伤、急性传染病等。

十二、血液肌酐(Cr)

(一)标本采集:静脉血 2ml(净干管)。

(二)方法:苦味酸法(除蛋白)。

(三)正常参考值:

(1)小儿:35.36～106.08μmol/L(0.4～1.2mg/dl)。

(2)男性成人:79.56～132.6μmol/L(0.9～1.5mg/dl)。

(3)女性成人:70.72～106.08μmol/L(0.8～1.2mg/dl)。

(四)临床意义:

(1)增高：肾功能严重受损。

(2)降低：肌萎缩、白血病、贫血等。

十三、内生肌酐清除率(Ccr)

(一)标本采集：收集24h尿，同时抽静脉血2ml(净干管)。

(二)方法：同血液肌酐测定。

(三)正常参考值：

(1)新生儿：40～65ml/min/1.73m^2。

(2)婴儿或儿童：80～120ml/min/1.73m^2。

(3)成人：80～150ml/min/1.73m^2 或109～147L/d。

(四)临床意义：Ccr降至参考值的80%以下，表示肾小球滤过功能已有减退；若降至50～70ml/min为轻度损伤；降至20ml/min以下，为重度损伤。多数急慢性肾小球肾炎患者均有Ccr降低，晚期慢性肾炎降低尤为显著，慢性肾功能不全的患者，若低于20ml/min，提示预后不良。

十四、尿素氮与肌酐比值

(一)标本采集：静脉血2ml(净干管)。

(二)正常参考值：15～24∶1(尿素氮和肌酐均以mg/dl计算)。

(三)临床意义：

(1)增高：肾脏疾患、严重肠道出血等。

(2)降低：严重肾小管损害。

十五、血氨(BA)

(一)标本采集：静脉血2ml(肝素抗凝管)。

(二)方法：酚次氯酸盐比色法、酶法。

(三)正常参考值：27～81.6μmol/L(46～139μg/dl)。

(四)临床意义：增高见于：①生理性：肌肉运动及进食高蛋白后；②肝功能衰竭、消化道出血、尿毒症、输入库存血或服用氯化氨后等。

十六、血清尿酸(UA)

(一)标本采集：静脉血2ml(净干管)。

(二)方法：磷钨酸还原法。

(三)正常参考值：

(1)男：149～416μmol/L(2.5～7.0mg/dl)。

(2)女：89～357μmol/L(1.5～6.0mg/dl)。

(四)临床意义：

(1)增高：痛风、慢性白血病、多发性骨髓瘤、红细胞增多症、肾脏疾病(尤其是有肾功能不全者)及肝脏疾病如重症急性肝炎时均增高；在氯仿、四氯化碳中毒及铅中毒、子痫、妊娠及食用富含核酸的食物时也增高。

(2)降低：偶见于乳糜泻、恶性贫血复发、应用肾上腺皮质激素、秋水仙碱后。

糖类及其代谢物测定

一、血液葡萄糖

(一)标本采集：空腹血 1ml(净干管)。

(二)方法：邻甲苯胺法、酶法。

(三)正常参考值：3.89～6.11mmol/L(70～110mg/dl)。

(四)临床意义：

(1)增高：①生理性：见于饭后 1～2h、摄入高糖食物或情绪紧张肾上腺分泌增加时；②病理性：见于糖尿病、肾上腺皮质激素分泌过多、糖类皮质功能亢进(如胰岛 α 细胞瘤)、垂体前叶功能亢进，也可见于肝硬化、颅内压增高(如颅外伤、颅内出血、脑膜炎)及脱水(如呕吐、腹泻、高热)等。

(2)降低：①生理性：饥饿和剧烈运动；②病理性：胰岛 β 细胞瘤、胰腺癌、功能性胰岛素过多症、糖类皮质激素分泌减少、垂体前叶功能减退、肾上腺皮质功能减退、甲状腺素功能减退(如呆小症、粘液性水肿)、严重肝病患者(如原发性肝癌、肝瘀血、糖原积累病)等均可降低。

二、空腹血乳酸测定(BL)

(一)标本采集：静脉血 2ml(用肝素～氟化钠抗凝)。

(二)方法：氯化硝基四氮唑蓝比色法。

(三)正常参考值：<2.4mmol/L(22.0mg/dl)。

(四)临床意义：增高见于肝功能衰竭、严重缺氧、休克、急性中毒性肝坏死、肌肉痉挛性疾病等。

三、葡萄糖耐量试验

(一)标本采集：给葡萄糖前与给后 30、60、120、180min 各抽静脉血 1ml(净干管)。

(二)正常参考值：60min 时为 7.78～8.89mmol/L(140～160mg/dl)，

在注射葡萄糖 120min 后，血糖恢复正常，整个过程无尿糖出现。

（三）临床意义：

（1）糖耐量增高呈低平血糖曲线，见于：①甲状腺功能减退；②肾上腺皮质功能减退；③胰腺分泌过多症；④脑垂体前叶功能减退；⑤脑膜炎、胰源性腹泻等。

（2）糖耐量降低呈高而延长的曲线，见于：①糖尿病（空腹血糖≥125mg/dl、1/2h 或 1h≥190mg/dl、2h≥150mg/dl、3h≥125mg/dl，其中有 3 点符合即可诊断）；②甲状腺功能亢时；③垂体前叶及肾上腺皮质功能亢进；④肝脏疾病；⑤其他，如肺炎、败血症、结核性脑膜炎、急性胃肠功能紊乱等。

脂类测定

一、血清总胆固醇（Tchol）

（一）标本采集：空腹血 1ml（净干管）。

（二）方法：改良三氯化铁（LRC）法、酶法。

（三）正常参考值：3.10～5.70mmol/L（120～220mg/dl）。

（四）临床意义：

（1）增高：见于动脉粥样硬化、糖尿病、肾病综合征、甲状腺功能减低、阻塞性黄疸、原发性高胆固醇症、妊娠后期、急性失血后、老年性白内障、银屑病等。

（2）降低：见于甲状腺功能亢进、慢性营养不良、肝硬化、急性肝坏死、恶性贫血、溶血性贫血、急性感染等。

二、血清甘油三酯（TG）

（一）标本采集：空腹血 1ml（净干管）。

（二）方法：异丙醇抽提乙酰丙酮显色法、酶法。

（三）正常参考值：0.56～1.70mmol/L（50～150mg/dl）。

（四）临床意义：

（1）增高：见于原发性高脂血症、肥胖症、动脉粥样硬化、冠心病、糖尿病、肾病综合征、胆道梗阻、甲状腺功能减低以及急性胰腺炎、糖原积累病、妊娠后期等。

（2）降低：见于无 α 或无 β 脂蛋白血症。

三、血清高密度脂蛋白胆固醇(HDL－C)测定

(一)标本采集:空腹血1ml(净干管)。

(二)方法:磷钨酸－镁法。

(三)正常参考值:

(1)<40岁男:0.78～1.53mmol/L(30～59mg/dl)。

(2)<40岁女:0.86～2.0mmol/L(33～77mg/dl)。

(四)临床意义:HDL被认为是一种抗动脉粥样硬化的脂蛋白、冠心病的保护因子,在估计心血管的危险因子中HDL－C的临床意义比胆固醇和甘油三酯高,其降低主要见于冠心病和冠状动脉粥样硬化症。

四、血清脂蛋白电泳

(一)标本采集:空腹血1ml(净干管)。

(二)方法:琼脂糖预染法。

(三)正常参考值:

(1)α脂蛋白:31.8±5.3%。

(2)前β脂蛋白:15.1±4.1%。

(3)β脂蛋白:53.1±5.1。

(4)乳糜微粒:(－)。

(四)临床意义:

增加见于:①β脂蛋白增加:Ⅱa型高脂血症;②β与前β脂蛋白均增高:Ⅱb型高脂血症;③宽β带、β脂蛋白与前β脂蛋白均增加:Ⅲ型高脂血症;④前β脂蛋白增加:Ⅳ型高脂血症;⑤而乳糜微粒明显增加(Ⅰ型)或同时有前β脂蛋白增加(Ⅴ型)均罕见。

五、血清载脂蛋白AI(APOAI)及B(APOB)测定

(一)标本采集:静脉血1ml(净干管)。

(二)方法:免疫透射比浊法。

(三)正常参考值:

(1)APOA1:1.156±0.146g/L($\bar{X}$±SD)。

(2)APOB:0.745±0.147g/L($\bar{X}$±SD)。

(四)临床意义:APOAI降低、APOB升高见于冠心病、动脉硬化症、肥胖症等,它是鉴别有无动脉硬化症的最好指标,比LDL－C、HDL－C测定对心血管疾病诊断价值更高。

酶类测定

一、血清谷氨酸丙酮酸转氨酶(GPT、ALT)

(一)标本采集:静脉血1ml(净干管)。

(二)方法:改良赖氏法、速率法。

(三)正常参考值:

1. 改良赖氏法:5~25卡门单位。

2. 速率法:①男:6~24u/L;②女:7~16u/L。

(四)临床意义:增高见于急性病毒性肝炎明显增高;慢性肝炎、肝硬化活动期、肝癌、肝脓肿中度增高;胆道疾患、阻塞性黄疸亦可增高;脑出血、心肌梗死、心肌炎、心力衰竭的肝瘀血轻度增高;其他传染性疾病(如疟疾、流行性出血热、传染性单核细胞增多症)、骨骼肌疾患(如多发性肌炎、肌营养不良)、急性胰腺炎及一些药物和毒物(如氯丙嗪、异烟肼、奎宁、水杨酸制剂)及酒精、铅、汞、四氯化碳或有机磷中毒等均可使GPT增高。

二、血清谷氨酸草酰乙酸转氨酶(GOT、AST)

(一)标本采集:静脉血1ml(净干管)。

(二)方法:改良赖氏法、速率法。

(三)正常参考值:

(1)改良赖氏比色法8~28卡门氏单位。

(2)速率法:①成年人:8~20u/L;②婴儿:15~60u/L;③新生儿:25~75u/L。

(四)临床意义:临床意义与GPT相似,但心肌梗死急性期、急性肝炎、药物中毒性肝细胞坏死、慢性肝炎活动期、肝硬化活动期、肝癌、心肌炎、肌炎、肾炎及肺炎均可引起不同程度升高。GOT/GPT比值:急性肝病时为0.4左右,慢性肝病比值接近1.0,肝硬化时比值为1.45左右。

三、血清碱性磷酸酶(AKP、ALP)

(一)标本采集:静脉血1ml(净干管)。

(二)方法:4-氨基安替比林氧化比色法、速率法。

(三)正常参考值:

(1)速率法:<240u/L(37℃)。

(2)4　氨基安替比林氧化比色法：①成人：3～13 金氏单位/dl；②儿童：5～28 金氏单位/dl。

(四)临床意义：

(1)增高：①肝内肝外的阻塞性黄疸及佝偻病、骨质软化症、成骨肉瘤、肿瘤的骨转移和其他的骨疾病可明显增高；②肝细胞性黄疸中度增高；③原发性肝癌、肝脓肿、肝炎、肝硬化、传染性单核细胞增多症等可轻度增高；④甲状腺功能亢进、妊娠后期亦可增高。

(2)降低：贫血、坏血病、恶病质、重症慢性肾炎、软骨发育不全与甲状腺功能减退等。

四、血清 γ－谷氨酰转肽酶(γ－GT、GGT)

(一)标本采集：静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法：重氮反应比色法、速率法。

(三)正常参考值：

(1)速率法：①男：11～50u/L；②女：7～30u/L。

(2)比色法：①男：3～17u/L；②女：2～13u/L。

(四)临床意义增高见于以下几种情况：

(1)提示肝胆系统疾病，中度增高提示肝实质损害，极度增高多见于胆道阻塞。

(2)其他：①急性胰腺炎、慢性胰腺炎及糖尿病、胰腺癌涉及胆管；②肾病及肾移植排斥、某些癌症；③心肌梗死并发肝缺氧损伤及损伤已恢复或正在修复；④充血性心力衰竭等均可增高。

五、血清胆碱酯酶(chE)

(一)标本采集：静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法：乙酰羟胺比色法。

(三)正常参考值：130～310u/ml。

(四)临床意义：用于估计肝脏贮备功能与肝病预后。肝炎时活性下降；肝硬化失代偿期明显下降；阻塞性黄疸时，此酶活力在正常范围；有机磷中毒时活性下降。

六、血清 5'核苷酸酶(5'－NT)

(一)标本采集：静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法：钼酸铵比色法。

(三)正常参考值:2 - 17u/L(儿童稍降低)。

(四)临床意义:主要见于肝胆系统疾病,如阻塞性黄疸、原发性继发性肝癌等,且通常其活力变化与 ALP 的活力变化相平行。但在骨骼系统的疾患,如肿瘤转移、畸形性骨炎、甲状旁腺功能亢进、佝偻病等,通常 ALP 增高,而 5' - NT 正常,故有利于肝胆与骨骼系统疾病的鉴别诊断。

七、血清单胺氧化酶(MAO)

(一)标本采集:静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法:苯胺偶氮 β 萘酚比色法。

(三)正常参考值:12 - 40u/ml。

(四)临床意义:增高见于肝硬化、暴发型肝炎、慢性活动性肝炎、癌转移至肝、肝瘀血、糖尿病、肢端肥大症、甲状腺功能亢进等。

八、血清酸性磷酸酶(ACP)

(一)标本采集:静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法:麝香草酚酞比色法。

(三)正常参考值:0.5 - 1.9u/L。

(四)临床意义:增高见于前列腺癌增高明显;变形性骨炎、甲状旁腺功能亢进、原发性骨瘤、急性尿潴留及近期做过直肠检查者亦可轻度增高。

九、血清肌酸激酶(CK)

(一)标本采集:静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法:肌酸显色法、酶偶联法。

(三)正常参考值:

(1)肌酸显色法:8 - 60u/L(0.5 - 3.6u)。

(2)酶偶联法:36℃ 时;①男:15 - 105u/L;②女:10 - 80u/L。

(四)临床意义:增高见于急性心肌梗死、急性心肌炎、骨骼肌损伤、肌营养不良、多发性皮肌炎、脑血管意外、脑膜炎、甲状腺功能减退等。

十、血清乳酸脱氢酶(LDH)

(一)标本采集:静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法:比色法、速率法。

(三)正常参考值:

(1)比色法:190 - 310u/dl。

(2)速率法:109～245u/L。

(四)临床意义:增高见于任何原因引起的肝细胞损害、阻塞性黄疸、肝癌、心肌梗死(24h后),白血病、淋巴瘤也可增高。

十一、血清淀粉酶(AMS)

(一)标本采集:静脉血1ml(净干管)。

(二)方法:碘－淀粉比色法。

(三)正常参考值:80～180u。

(四)临床意义:

(1)增高:见于急性胰腺炎、胰腺外伤、胰腺癌、流行性腮腺炎、唾液腺化脓或腺管堵塞,胆石症、胆囊炎、总胆管阻塞、溃疡病、肠梗阻也可增高。

(2)降低:见于肝硬化及其他肝脏疾患。

十二、血清脂肪酶(SL、LPS)

(一)标本采集:空腹血2ml(净干管)。

(二)方法:滴定法、比浊法。

(三)正常参考值:

(1)滴定法(反应4h):0.06～0.89u/ml。

(2)比浊法:0～7.9u。

(四)临床意义:增高见于急性胰腺炎、胰腺癌。此外,总胆管结石或癌、十二指肠穿孔、肠梗阻、肺脂肪栓塞等有时亦可增高。

十三、红细胞葡萄糖－6－磷酸脱氢酶测定

见本章第一节中的血液的其他检查。

无机离子测定

一、血清钾

(一)标本采集:静脉血1ml(净干管)。

(二)方法:火焰光度法、电极法。

(三)正常参考值:3.5～5.3mmol/L(3.5～5.3mEq/L)。

(四)临床意义:

(1)增高:①排钾减少:肾功能衰竭与其他原因引起的少尿、尿闭症、尿路阻塞;②释放过多:重度溶血反应及大量输入陈旧库血、挤压综合征、烧伤(细胞释钾增多);③补钾过多:含钾药物、保钾利尿剂使用过多;④组

织缺氧；急性肺炎缺氧、心功能不全、急性支气管哮喘发作、呼吸障碍、休克、全身麻醉时间过长等亦可使血钾升高；⑤血钾＞7.0mmol/L，可引起严重的肌肉、心肌甚至呼吸肌的抑制、心电图P波渐加宽振幅降低直至消失，T波和QRS波群改变。超过10mmol/L时可发生心室纤颤、心脏停搏而致死亡。

(2)降低：①摄入不足：长期禁食、厌食或少食而未予补钾；②丢失过多：频繁呕吐，长期腹泻、大量胃液吸引、急性肾衰多尿期、肾小管性酸中毒、肾上腺皮质功能亢进或长期应用肾上腺皮质激素及排钾利尿剂、原发性醛固酮增多症、慢性消耗性疾病等；③钾进入细胞内：输入大量无钾葡萄糖液(尤其是与胰岛素同时静脉滴注)、应用胰岛素纠正糖尿病酸中毒时补钾不足或过迟、周期性麻痹、碱中毒时钾转至细胞内等。

二、血清钠

(一)标本采集：静脉血1ml(净干管)。

(二)方法：火焰光度法、电极法。

(三)正常参考值：135～145mmol/L(135～145mEq/L)。

(四)临床意义：

(1)增高：少见，可见于柯兴综合征、原发性醛固酮增多症、肾上腺皮质功能亢进、严重脱水、垂体肿瘤、脑外伤、脑血管意外、过多补入含钠溶液及钠盐且伴有肾功能不全时等。

(2)减低：常见于呕吐、腹泻、胃肠道减压、胆道与胰腺造瘘或引流、出汗过多；慢性肾炎、尿毒症、使用利尿剂大量利尿后、尿崩症、糖尿病酸中毒、阿狄森病。严重的肝病、肝硬化等亦可见血清钠降低。

三、血清氯

(一)标本采集：静脉血1ml(净干管)。

(二)方法：硝酸汞滴定法、硫氰酸汞比色法、电量法。

(三)正常参考值：96～108mmol/L(96～108mEq/L)。

(四)临床意义：增高与降低基本上与血清钠之增减平行，另外呼吸性碱中毒时氯增高。

四、血清钙

(一)标本采集：静脉血1ml(净干管)。

(二)方法：EDTA滴定法、甲基麝香草酚蓝比色法。

(三)正常参考值：

(1)成人：2.08～2.60mmol/L(8.3～10.4mg/dl)。

(2)儿童：2.23～2.80mmol/L(8.9～11.2mg/dl)。

(四)临床意义：

(1)增高：见于甲状旁腺功能亢进(增生、腺瘤、癌肿)、多发性骨髓瘤、阿狄森病、结节病、肿瘤骨转移、维生素D摄入过多等。

(2)降低：见于甲状旁腺功能减退、维生素D缺乏、婴儿手足搐搦症、佝偻病、软骨病、慢性肾炎、尿毒症、吸收不良性低血钙、阻塞性黄疸、急性出血性胰腺炎及引起血清蛋白减少的疾病(如恶性肿瘤等)。

五、血清无机磷

(一)标本采集：静脉血1ml(净干管)。

(二)方法：硫酸亚铁磷钼蓝比色法、孔雀绿比色法。

(三)正常参考值：

(1)成人：0.96～1.62mmol/L(3.0～5.0mg/dl)。

(2)儿童：1.3～1.9mmol/L(4.0～6.0mg/dl)。

(四)临床意义：

(1)增高：见于甲状旁腺功能减退、肾功能不全或衰竭、多发性骨髓瘤、骨折愈合期、维生素D过多症等。

(2)降低：见于甲状旁腺功能亢进、佝偻病或软骨病、乳糜泻、范克尼综合征、糖尿病及大量静注葡萄糖等。

六、血清镁

(一)标本采集：静脉血1ml(净干管)。

(二)方法：甲基麝香草酚蓝比色法、Calmagite染料比色法。

(三)正常参考值：0.67～1.04mmol/L(1.64～2.52mg/dl)。

(四)临床意义：

(1)增高：见于急、慢性肾功能衰竭，尿毒症，慢性肾炎少尿期，肾上腺切除后，甲状腺、甲状旁腺功能减退，糖尿病酸中毒，阿狄森病，原发性高血压以及镁剂过量给予，严重脱水，多发性骨髓瘤，肥大性关节炎，草酸中毒等。

(2)降低：慢性腹泻、长期禁食、吸收不良或胃肠引流，长期应用皮质激素或利尿剂及维生素D、原发性醛固酮增多症、糖尿病酸中毒、急性胰

腺炎、甲状腺及旁腺功能亢进等。

七、血清铁和总铁结合力测定

(一)标本采集：静脉血3ml(净干管)。

(二)方法：亚铁嗪比色法、菲咯嗪比色法。

(三)正常参考值：

(1)铁：①成人男性：11～30μmol/L(60～170μg/dl)；②女性：9～27μmol/L(50～150μg/dl)。

(2)总铁结合力：①成年男性：50～77μmol/L(280～430μg/dl)；②成年女性：54～77μmol/L(300～430μg/dl)。

(四)临床意义：

(1)铁增高：见于贫血(溶贫、巨贫、再障)、急性病毒性肝炎及肝细胞坏死、何杰金病晚期，血色沉着症、含铁血黄素沉着症、经常性输血，以及铅中毒或维生素B缺乏等。

(2)铁降低：见于缺铁性贫血、慢性感染性贫血、妊娠或婴儿生长期、胃肠道、泌尿道出血，尿毒症、恶病质、恶性肿瘤等。

(3)血清总铁结合力增高：见于缺铁性贫血、急性肝炎、肝细胞坏死等。

(4)总铁结合力降低：见于肝硬化、溶血性贫血、血色沉着症、肾病、尿毒症及遗传性运铁蛋白缺乏症。

八、血清铜

(一)标本采集：静脉血4ml(净干管)。

(二)方法：双环己酮草酰二腙比色法。

(三)正常参考值：

(1)成年男性：10.99～21.98μmol/L(70～140μg/dl)。

(2)成年女性：12.56～23.55μmol/L(80～150μg/dl)。

(四)临床意义：

(1)增高：见于恶性肿瘤、白血病、血色沉着症、感染性疾病、风湿病、结核、肝硬化、恶病质、甲状腺功能亢进、注射雌激素后、妊娠期等。

(2)降低：见于肝豆状核变性、低蛋白血症(如营养不良、吸收不良、肾病综合征)等。

九、血清锌

(一)标本采集:静脉血 3ml(净干管)。

(二)方法:吡啶偶氮间苯二酚比色法、吡啶偶氮萘酚比色法。

(三)正常参考值:7.65～22.95μmol/L(50～150μg/dl)。

(四)临床意义:

(1)增高:见于工业污染或口服锌过量中毒、创伤愈合期、甲状腺功能亢进、嗜酸性粒细胞增多症、心输出量低综合征等。

(2)减低:常见于酒精中毒性肝损害、肝硬化、慢性肝病、急性传染病、烧伤、急性组织损伤、外科手术、心肌梗死、肾病综合征、肾功能不全、用肾上腺皮质激素后、慢性感染、胃肠吸收障碍,儿童缺锌可出现食欲不振、嗜睡、发育停滞和性成熟延缓等。

十、血浆(清)碳酸氢盐检验(二氧化碳结合力)

(一)标本采集:静脉血 1ml(净干管)。

(二)方法:滴定法。

(三)正常参考值:

(1)成人:22～31mmol/L(50～70ml/dl)。

(2)儿童:18～27mmol/L(40～60ml/dl)。

(四)临床意义:

(1)增高:①代谢性碱中毒:如幽门梗阻、重症妊娠呕吐;长期使用利尿剂、长期服用碱性药物及严重慢性低血钾患者;②呼吸性酸中毒:如呼吸道阻塞、重症肺气肿、肺实变、肺纤维化、呼吸肌麻痹、支气管扩张、气胸、肺水肿、肺性脑病、重症肺炎及胸腔积液等。

(2)降低:①代谢性酸中毒:如糖尿病和饥饿性酮症、尿毒症、休克、严重腹泻、肠瘘、重度脱水、慢性肾上腺皮质功能减退等;②呼吸性碱中毒:呼吸加深加快、换气过度、如脑溢血、脑炎、脑膜炎、高热、癔病等。

肝功能检查

一、血清总胆红素定量(TBIL)

(一)标本采集:静脉血 2ml(净干管)。

(二)方法:改良 J－G 法、酶法。

(三)正常参考值:5.1～17.1μmol/L(0.3～1.0mg/dl)。

(四)临床意义:增高见于为各型黄疸。

二、直接胆红素定量(DBIL)

(一)标本采集:静脉血2ml(净干管)。

(二)方法:改良J-G法、酶法。

(三)正常参考值:0-6μmol/L(0-0.35mg/dl)。

(四)临床意义:增高见于为阻塞性、肝细胞性黄疸。

三、间接胆红素(IBIL)

(一)标本采集:静脉血2ml(净干管)

(二)方法:总胆红素-直接胆红素=间接胆红素。

(三)正常参考值:1.7-13.7μmol/L(0.1-0.8mg/dl)。

(四)临床意义:增高见于为溶血性、肝细胞性黄疸。

四、麝香草酚浊度(TTT)

(一)标本采集:静脉血2ml(净干管)。

(二)方法:比浊法。

(三)正常参考值:0-6u。

(四)临床意义:增加见于病毒性肝炎、肝硬化、黑热病、血吸虫病、疟疾、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、高脂血症等(高脂血症TTT增高,但静置过夜后无沉淀发生)。

血液气体与酸碱平衡测定

一、血液酸碱度(pH)

(一)正常参考值:7.35-7.45。

(二)临床意义:pH<7.35为酸血症;pH>7.45为碱血症。

二、动脉血二氧化碳分压($PaCO_2$)

(一)正常参考值:4.7-6.0kpa(35-45mmHg)。

(二)临床意义:

1.增高:呼吸性酸中毒(原发性增高)或代谢性碱中毒的呼吸代偿期。

2.降低:呼吸性碱中毒(原发性降低)或代谢性酸中毒的呼吸代偿期。

三、实际碳酸氢盐(AB)

(一)正常参考值:25±3mmol/L(25±3mEq/L)。

(二)临床意义:它是实际二氧化碳分压条件下测得的血浆 HCO_3^- 含量。增高:代谢性碱中毒;降低:代谢性酸中毒。

四、标准碳酸氢盐(SB)

(一)正常参考值:正常情况下与 AB 的数值相等。

(二)临床意义:同实际碳酸氢盐。

五、缓冲碱(BB)

(一)正常参考值:全血:45~55mmol/L,血浆:42mmol/L。

(二)临床意义:

1. 增高:见于代谢性碱中毒。

2. 降低:见于代谢性酸中毒。

六、碱剩余(BE)

(一)正常参考值:±3mmol/L(±3mEq/L)。

(二)临床意义:

1. 增高(>+3mmol/L):表示缓冲碱增加,如代谢性碱中毒时。

2. 降低(<-3mmol/L):表示缓冲碱减少,如代谢性酸中毒时。

七、动脉血氧分压(PaO_2)

(一)正常参考值:10~13kPa(75~98mmHg),平均:12.7kPa(95mmHg)。

(二)临床意义:

1. 增加:吸氧时。

2. 降低:见于肺泡通气不足的缺氧时,如缺氧性脑病、肺性脑病、呼吸衰竭等。

八、血氧饱和度(SaO_2)

(一)正常参考值:动脉血:0.95~0.98,静脉血:0.64~0.88。

(二)临床意义:

1. 增高(>0.98):氧中毒。

2. 降低:各种缺氧性疾病,如一氧化碳中毒等。

(三)标本采集方法:多采用动脉血,如只观察 pH 与 $PaCO_2$,也可采静脉血,血量 1~2ml,用经过处理的注射器采血,针尖以橡皮塞封闭,并旋

转注射器(使血与肝素充分混匀)后立即送检(表 1－3－3)。

表 1－3－3　几种酸碱失衡的表现

临床类型	酸碱		指示	
	pH	$PaCO_2$	HCO_3^-	BE
慢性呼吸性酸中毒	↓	↑	↑	✓
慢性呼吸性碱中毒	↑	↓	↓	✓或－→
慢性代谢性酸中毒	↓	↓	↓	－→
慢性代谢性碱中毒	↑	↑	↑	＋→
呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒	✓或↓	↑	↑↑	↑→
呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒	↓↓	↑	↓↑	✓或→

注：↑：升高；✓：正常；↓：下降；→：负值增多；＋→：正值增多。

内分泌检验

常用内分泌检验项目的方法、正常参考值和临床意义见表 1－3－4。

表 1－3－4　常用内分泌检验项目的方法、参考值、临床意义

检验项目标本与方法	成人正常参考值		临床意义
	法定单位	旧制单位	
甲状腺素(T_4) 血 2ml、 放免法	54.6～175.5 nmol/l.	4.2～13.5 μg/dl	判断甲状腺功能。功能亢进时升高；减退时降低。亦用于抗甲状腺药物的疗效观察和亚急性甲状腺炎的诊断。本测定受血清 TBG 含量影响。妊娠或口服避孕药物时升高；肾病综合征时降低

续表

检验项目标本与方法	成人正常参考值		临床意义
	法定单位	旧制单位	
三碘甲状腺原氨酸(T_3) 血 2ml、 放免法	1.5～3.4 nmol/l	0.8～2.2 ng/ml	判断甲状腺功能的基本指标，很灵敏。甲亢（尤其 T_3 型甲亢）时值升高；甲减时降低。甲亢的疗效观察与随访（甲亢复发的先兆）。本测定受血清 TBG 浓度的影响
反 T_3(rT_3) 血 2ml、 放免法	0.15～1.61 nmol/L	10～40 μg/dl	1. 甲状腺疾病：rT_3 与 T_3、T_4 变化基本一致。 2. 慢性肝病、慢性肾衰、急性发热性疾病、恶性肿瘤、大手术后及神经性厌食等，血中 rT_3 值升高而 T_3 常降低。 3. 乙胺碘呋酮血药浓度的监测
游离甲状腺素(FT_4) 血 2ml、 放免法	32.5～6.5 pmol/L	2.5～0.5 ng/dl	临床意义同 T_4，但不受血中 TBG 浓度的影响，能更好地反映甲状腺功能状态。
促甲状腺素(TSH) 血 2ml、 放免法	2～10mu/L	2～10μu/L	原发性甲减时升高；继发性甲减时正常或降低。可作为甲减替代治疗中调节用药量的参考指标。异位 TSB 分泌综合征时可升高；低碘饮食、寒冷刺激、新生儿、年老与孕妇偏高

续表

检验项目标本与方法	成人正常参考值		临床意义
	法定单位	旧制单位	
胰岛素(Ins) 空腹血 2ml、 放免法	5～20mu/L	5～20μu/ml	1．胰岛素瘤的诊断. 2．糖尿病发病机制的研究及早期诊断。 3．胰岛素释放试验诊断糖尿病前期更有价值。已用胰岛素治疗的患者，其内产生抗体会影响本测定结果，此时可测C肽浓度
C肽 血 2ml、 放免法	0.4±0.20 nmol/L	0.4±0.20 pmol/ml	1．肝炎急性期，血清C肽水平升高；肝硬化时胰岛素、C肽同时升高。 2.C肽明显升高，而C肽/胰岛素比值正常或低于正常者，提示肾功能受损. 3．胰岛细胞增生、或胰岛癌手术切除后疗效判断
胃泌素(G) 空腹血 2ml、 放免法	17.7～143ng/L	17.7～143 pg/ml	显著升高，见于胃泌素瘤，亦可见于胃出口阻塞、肾功能衰竭，小肠切除过多及胃溃疡、胃癌、恶性贫血、嗜铬细胞瘤、萎缩性胃体胃炎等
心钠素(ANP) 特殊抗凝血 2ml、 放免法	186.7±36.4 pmol/L	575±112 pg/ml	用于心血管、内分泌、肾脏病等的基础和临床研究，心血管疾病的诊断分型

续表

检验项目标本与方法	成人正常参考值		临床意义
	法定单位	旧制单位	
雌二醇(E_2) 血 2ml、 放免法	女性： 卵泡期 176.16±33.03 pmol/L 排卵期 1 963.45±664.27 pmol/L 黄体期 847.77±286.26 pmol/L 绝经期 47.71±7.34 pmol/L 男性：183.5±55.05 pmol/L	48±9 pg/ml 535±181 pg/ml 231±78 pg/ml 13±2 pg/ml 50±15 pg/ml	女性：反映卵巢内分泌功能和月经周期变化； 男性：增高见于乳房发育、女性化、冠心病、肾上腺肿瘤；妊毒血症低于正常水平，显著低下可见于宫内胎儿将死亡
孕酮(P) 血 2ml、 放免法	女性： 排卵期 6.56±3.55 nmol/L 男性：1.54±0.54 nmol/L	2.05±1.11 ng/ml 0.48±0.17 ng/ml	高危妊娠预示胎儿安危的监护指标；妇科疾病（葡萄胎、绒癌）诊断的参考指标及生理研究
睾酮(T) 血 2ml、 放免法	男性：22.48±9.3 nmol/L 女性：1.88±0.13 nmol/L	648.6±26.9 ng/dl 54±3.8 ng/dl	增高见于睾丸肿瘤、应用雄激素或促性腺激素后；降低见于性腺发育不良、垂体前叶功能减退、隐睾病等

续表

检验项目标本与方法	成人正常参考值		临床意义
	法定单位	旧制单位	
皮质醇(F) 血 2ml、 放免法	110.4～552 nmol/L	4～20 μg/dl	增高见于肾上腺皮质增生、腺瘤和癌肿，以癌肿升高最明显，且不受大剂量地塞米松所抑制；降低见于肾上腺皮质功能减退症、垂体前叶功能减退症等
醛固酮(Ald) 肝素抗凝血 2ml、 放免法	立位：0.14～0.42 nmol/L 卧位：0.03～0.14 nmol/L	5～15ng/dl 1～5ng/dl	1. 诊断原发性醛固酮增多症。 2. 探讨肾素－血管紧张素－醛固酮系统
尿 17－酮类固醇 24h 尿、 间二硝基苯比色法	男性：34.67～69.34 μmol/d 女性：17.34～52.01 μmol/d	10～20 mg/24h 5～15 mg/24h	增高见于肾上腺皮质功能亢进(如柯兴综合征)、肾上腺皮质异常增生或肿瘤、睾丸间质细胞瘤及肢端肥大症等；降低见于肾上腺皮质功能减退(如阿狄森病)、垂体前叶功能减退、睾丸切除后、结核病、糖尿病、肝炎、肝硬化、原发性性功能减退等

续表

检验项目标本与方法	成人正常参考值		临床意义
	法定单位	旧制单位	
尿17　羟类固醇 24h尿、 盐酸苯肼比色法	男性： 14.13～40.91 μmol/d 女性： 10.98～26.92 μmol/d	5～15mg/d 4～10mg/d	增高见于肾上腺皮质功能亢进(如柯兴综合征)、肾上腺皮质瘤及双侧增生、甲状腺功能亢进、肥胖病等；降低见于肾上腺皮质功能减退症(如阿狄森病)、垂体功能减退(如侏儒症、席汉病)等
尿－3－甲基4－羟基杏仁酸 (VMA) 24h尿、 对硝基苯胺比色法	5.0±45.1 μmol/d	1±9 mg/24h	增高见于原发性高血压、神经母细胞瘤、嗜铬细胞瘤等

尿液生化测定

一、尿糖定量

(一)标本采集：24h尿液。

(二)方法：邻甲苯胺法、酶法。

(三)正常参考值：0.56～5.0mmol/d(0.1～0.9g/24h)。

(四)临床意义：参见尿糖定性。

二、尿蛋白定量

(一)标本采集：24h尿液。

(二)方法：双缩脲比色法。

(三)正常参考值：10～100mg/d(10～100mg/24h)。

(四)临床意义：参见尿蛋白定性。

三、尿淀粉酶测定

(一)标本采集：尿液50ml。

（二）方法：碘—淀粉比色法。

（三）正常参考值：100～1 200u。

（四）临床意义：增高见于急性胰腺炎（病后 12h 增高）；其他原因的胰总管阻塞、流行性腮腺炎；胃或十二指肠梗阻也可增高。

四、尿液尿素氮测定

（一）标本采集：24h 尿液。

（二）方法：二乙酰一肟比色法、尿酶法。

（三）正常参考值：357～536mmol/d（10～15g/24h）。

（四）临床意义：

（1）增高：蛋白质分解代谢增强时。

（2）降低：肝肾功能障碍者。

五、尿液肌酐测定

（一）标本采集：24h 尿液。

（二）方法：苦味酸法。

（三）正常参考值：

1. 成年男性：8.8～17.6mmol/d。

2. 成年女性：7.04～15.8mmol/d；儿童：每日 44～352μmol/kg 体重。

（四）临床意义：

（1）增高：肢端肥大症、糖尿病、伤寒、消耗性疾病。

（2）降低：肾功能不全、白血病、肌肉萎缩（结果主要用于计算内生肌酐清除率）。

第四节　免疫学检验

非特异性免疫检验

中性粒细胞功能检测

一、中性粒细胞趋化性测定

（一）标本采集：肝素抗凝静脉血 2ml。

(二)方法:琼脂平皿法。

(三)正常参考值:以各实验室自己正常参考值为准。

(四)临床意义:该试验可作为临床上某些疾病患者白细胞运动功能的检测指标。中性粒细胞趋化性降低,提示血中缺乏补体 C_3,常见于反复感染、齿龈炎、中耳炎及外周血中白细胞减少症等。

二、中性粒细胞吞噬功能测定

(一)标本采集:指血 3 滴于肝素溶液中。

(二)方法:白色念珠菌法。

(三)正常参考值:

1. 吞噬率:91.04±5.77%。

2. 杀菌率:32.72±7.83%(各实验室应制定自己的参考值)。

(四)临床意义:本试验适用于诊断有吞噬细胞功能障碍的病症,如中性粒细胞功能异常综合征或补体所致的调理缺陷症。

三、中性粒细胞杀菌活力测定

(一)标本采集:静脉血 2ml(肝素抗凝)。

(二)方法:葡萄球菌法。

(三)正常参考值:

1. 吞噬率:99.4%。

2. 吞噬指数:20~30。

3. 吞噬速度:5.1±1.5 个/min。

(四)临床意义:本试验适用于检查吞噬细胞功能障碍或检测是否缺乏补体及特异性抗体。若杀菌活力降低,则机体对感染抵抗力降低,易遭受细菌的感染,多见于先天性吞噬细胞功能障碍所致的慢性肉芽肿及中性白细胞功能异常症、糖尿病、多发性骨髓瘤、巨球蛋白血症、慢性粒细胞性白血病、髓性及淋巴性增殖病,骨髓炎、某些病毒感染、类风湿性关节炎、红斑性狼疮、长期应用类固醇或秋水仙碱及长春花碱、酒精中毒及吸烟者。

四、硝基蓝四氮唑(NBT)试验

(一)标本采集:静脉血 0.5ml(肝素抗凝)。

(二)正常参考值:阳性率:8.5%(3%~10%)。

(三)临床意义:本试验是一种测定血中中性粒细胞杀菌功能的简易

方法。NBT 低值见于慢性肉芽肿病、先天性丙球缺乏症、红斑狼疮以及使用免疫抑制剂等；此法还可用于区别细菌与病毒感染，如为病毒感染时，虽有发热，但 NBT 仍正常；只有细菌、真菌感染时，NBT 阳性细胞增加。NBT 试验还可用于器官移植后发热反应的鉴别诊断，如因细菌感染而发热，NBT 值升高；如因体内非特异反应而发热，则 NBT 值保持正常。

巨噬细胞吞噬功能检测

一、巨噬细胞吞噬鸡红细胞百分比及指数测定

(一)标本采集：用斑蝥酒精浸出液皮肤发疱法收集巨噬细胞。

(二)正常参考值：

1. 吞噬百分率：62.77±1.38%。

2. 吞噬指数：1.058±0.049。

(三)临床意义：食管癌、胃癌、肠癌、乳腺癌、宫颈癌以及其他恶性肿瘤患者的吞噬百分率皆在45%以下。肿瘤手术切除后，吞噬功能可出现不同程度的回升，故本试验可作为判断肿瘤疗效的参考指标。

补体系统检测

一、血清总补体测定

(一)标本采集：静脉血 2ml(新鲜、无溶血)。

(二)方法：CH_{50}溶血试验。

(三)正常参考值：5 000～10 000u/L。

(四)临床意义：观察补体含量的动态变化，对一些疾病的诊断、病因研究及愈后判断有一定意义。

二、血清 C_3 测定

(一)标本采集：静脉血 1ml(干燥管)。

(二)方法：单项免疫扩散法。

(三)正常参考值：0.9～1.2g/L。

(四)临床意义：

(1)增高：急性炎症、传染病早期(如流脑、伤寒、结核、麻疹)、肿瘤、组织损伤等。

(2)降低：慢性活动性肝炎、肝硬化、血管炎、自身免疫性溶血性贫血、

抗原　抗体复合物引起的肾炎，全身性红斑狼疮患者活动期等。

三、血清 C_4 测定

（一）标本采集：静脉血 1ml（干燥管）。

（二）方法：单向免疫扩散法。

（三）正常参考值：0.4～0.7g/L。

（四）临床意义：

（1）增高：见于风湿热的急性期、结节性动脉周围炎、皮肌炎、心肌梗死、Reiter 综合征和各种类型的关节炎等。

（2）降低：常见于自身免疫性慢活肝、全身性红斑狼疮、多发性硬化、类风湿性关节炎、IgA 肾病、亚急性硬化性全脑炎等。在 SLE 时，C_4 的降低常早于其他补体成分，且较其他成分回升迟。狼疮性肾炎较非狼疮性肾炎 C_4 值显著低下。

四、Cl_q 含量测定

（一）标本采集：静脉血 1ml（干燥管）。

（二）方法：琼脂糖扩散法。

（三）正常参考值：0.197±0.04g/L（19.7±4.0mg/dl）。

（四）临床意义：

（1）增高：骨髓炎、类风湿性关节炎、全身性红斑狼疮、血管炎、硬皮病、痛风、活动期过敏性紫癜患者显著增高。

（2）降低：活动性混合性结缔组织病患者显著降低。

五、B 因子（C_3 激活剂前体，C_3PA）含量测定

（一）标本采集：静脉血 2ml（干燥管）.

（二）方法：琼脂糖电泳法。

（三）正常参考值：0.10～0.40g/L（10～40mg/dl）。

（四）临床意义：

（1）增高：某些自身免疫病、肾病综合征、慢性肾炎、肿瘤、感染等。

（2）降低：肝硬化、慢活肝、急性肾炎等。

六、C_3 裂解产物（C_3SP）测定

（一）标本采集：静脉血 2ml（$EDTANa_2$ 抗凝）。

（二）方法：琼脂糖电泳法。

（三）结果判断：待测血浆与阴性对照一致为 C_3SP 阴性；与阳性对照

一致为 C_3SP 阳性。

（四）临床意义：检测 C_3SP 有助于对 C_3 的变化做综合分析。不论血清 C_3 水平是否正常，C_3SP 增多就表明有补体的活化；C_3 含量正常，C_3SP 增多提示合成和分解增加同时存在。C_3SP 增高常见于自身免疫病（如红斑狼疮、类风湿性关节炎）、肾脏疾病、寄生虫感染、细菌感染、肝脏疾病等。

溶菌酶测定

（一）标本采集：静脉血 2ml，尿液 5ml（标本应新鲜）。

（二）方法：微球菌琼脂扩散法。

（三）正常参考值：血清溶菌酶：5～30mg/L；尿液溶菌酶含量：0mg/L。

（四）临床意义：增高见于急性单核细胞性白血病（显著增高）、急性粒细胞性白血病（中度增高）、真性红细胞增多症、何杰金病、多发性骨髓瘤，先天性白细胞颗粒异常综合征（Chediak－Higashi 综合征），结核病、肾病、局限性肠炎、矽肺等可增高。尿溶菌酶如超过 2mg/L 可能存在肾小管梗死，也可见于肾盂肾炎、恶性高血压及肾小动脉硬化病。

C 反应蛋白（CRP）测定

（一）标本采集：静脉血 2ml。

（二）方法：胶乳法、酶免法。

（三）正常参考值：

1．胶乳法：阴性（＜10mg/L）。

2．酶免法：①新生儿：0.1～0.6mg/L；②幼儿：0.15～1.6mg/L；③学龄儿：0.1～0.6mg/L；④成人：0.42～5.2mg/L；⑤孕妇：4.4～46.8mg/L。

（四）临床意义：CRP 是一种急性时相蛋白，在各种急性和慢性感染、组织损伤、恶性肿瘤、心肌梗死、手术创伤、放射线损伤等时，病后数小时迅速升高，病变好转时又迅速降至正常。此反应不受放疗、化疗、皮质激素治疗影响。

纤维结合蛋白(Fn)测定

(一)标本采集:静脉血2ml。

(二)方法:琼脂扩散法。

(三)正常参考值:231±46mg/L。

(四)临床意义:血浆Fn含量降低见于多种严重疾病,持续低值者预后不良,如多器官衰竭、严重感染、重症肝炎、失代偿性肝硬化、肝癌转移及严重营养不良等。

循环免疫复合物(CIC)检测

(一)标本采集:空腹静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:PEG沉淀比浊法、SPA夹心酶免试验

(三)正常参考值:

1.PEG沉淀比浊法:4.3±2.0,以≥8.3为免疫复合物阳性。

2.SPA夹心酶免试验:以≥28.4mg/L为阳性。

(四)临床意义:免疫复合物的检测对于判定疾病的活动性、治疗效果、预后及探讨发病原因有重要意义。某些自身免疫性疾病(如全身性红斑狼疮、类风湿性关节炎、结节性多动脉炎等)、膜增殖性肾炎(MPGN),急性链球菌感染后肾炎、传染病(如慢性乙型肝炎、麻风、登革热、疟疾等)及肿瘤都可检出循环免疫复合物。

体液免疫检验

一、免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)含量测定

(一)标本采集:静脉血2ml。

(二)方法:单向免疫扩散法、免疫比浊法。

(三)正常参考值:见表1-4-1。

(四)临床意义:

(1)增高:

1)感染:各种感染,特别是慢性细菌感染可使血Ig升高,如肺结核、慢性支气管炎等血IgG升高,子宫内感染时脐血或生后2d的新生儿血清中IgM含量可>0.2g/L(或>0.3g/L)。

2)自身免疫病、肝脏疾病(慢性活动性肝炎、原发性胆汁肝硬化、隐匿性肝硬化)患者可有3种Ig升高。慢性活动性肝炎IgG和IgM升高明显;各种结缔组织病中常见Ig升高,SLE以IgG、IgA或IgG、IgM升高较多见,类风湿性关节炎以IgM增高为主。

表1-4-1 Ig各年龄组参考值(g/L)

年龄		IgG	IgA	IgM
新生儿		9.7±4.0	0.0082±0.005	0.127±0.074
4个月		5.2±1.98	0.24±0.11	0.57±0.34
7个月		5.4+2.34	0.23±0.18	0.56±0.32
1岁		6.4+2.8	0.32±0.24	0.82±0.44
3岁		7.2±3.38	0.64±0.50	0.84±0.44
7岁		7.8±2.8	0.86±0.50	0.94±0.50
12岁		10.2±3.84	1.21±0.58	0.85±0.56
15岁		9.8±3.44	1.39±0.90	0.94±0.52
18岁		10.34±3.84	1.49±0.96	0.93±0.52
成人	男	15.09±4.23	2.17±0.76	1.39±0.49
	女	15.70±3.71	2.37±0.81	0.82±0.58

注:IgG:1国际单位/ml=0.0804g/L;IgA:1国际单位/ml=0.0142g/L;IgM:1国际单位/ml=0.00847g/L;Ig即免疫球蛋白。

(2)减低:

1)先天性低Ig血症,主要见于体液免疫缺损和联合免疫缺陷病。一种情况是Ig全缺,如Bruton型无Ig血症,血中IgG<1g/L,IgA与IgM含量也明显降低。另一种情况是3种Ig中缺1种或2种,最多见的是缺乏IgA,患者易患呼吸道反复感染;缺乏IgG易患化脓性感染;缺乏IgM易患革兰阴性细菌败血症。

2)获得性低Ig血症:血清中IgG<5g/L,引起的原因较多,如大量蛋白流失的疾病(剥脱性皮炎等)、淋巴网状系统肿瘤(何杰金病等)、中毒性骨髓疾病等。

二、免疫球蛋白E(IgE)测定

(一)标本采集:静脉血2ml。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:0.1 - 0.9mg/L(1国际单位=2.4mg)。

(四)临床意义:

(1)增高:见于过敏性疾病(如过敏性鼻炎、枯草热、哮喘)、寄生虫病(如钩虫病等)、热带嗜酸性粒细胞增多症等。

(2)降低:共济失调-毛细血管扩张症。

细胞免疫学检验

T细胞花环试验(E-玫瑰花形成试验)

(一)标本采集:肝素抗凝血2ml

(二)正常参考值:

(1)EtRFC(总花环):64.4±6.7%。

(2)EaRFC(活性花环):23.6±3.5%。

(3)EsRFC(稳定花环):3.3±2.6%。

(三)临床意义:

(1)有助于细胞免疫缺损性疾病的诊断和疗效观察。原发性特异性细胞免疫缺损性疾病,如Digeorge综合征(胸腺无能综合征)、Nezelof综合征(胸腺发育不全症)以及原发性细胞和体液免疫同时缺损性疾病,E花环值均可明显降低。当用转移因子、胸腺素等治疗有应答者,E花环值可增高,特别是EaRFC增高更明显。

(2)有利于恶性肿瘤疗效观察及预后判断。一些恶性肿瘤E花环值降低,且与病情和疗效有关。EaRFC较EtRFC更能反映临床情况,活性花环值的降低可早于病情恶化(转移或复发)的临床症状和其他检查结果,而此时EtRFC仍属正常。

(3)E花环值降低的疾病:①某些病毒感染:如麻疹、麻疹脑炎、腮腺炎、流感及带状疱疹等;②变态反应性疾病:全身性红斑狼疮、皮肌炎等;③应用放射线及激素等免疫抑制剂时;④瘤型麻风。

(4)E花环增高的疾病:①甲亢和甲状腺炎患者E花环值可以增高,T淋巴细胞数与甲亢活动度有关,病情缓解时,T淋巴细胞可恢复正常;②重症肌无力及移植排斥反应时EtRFC增高。

(5)Es花环的增多,见于慢性活动性或慢性迁延性肝炎、瘤型麻风、

恶性肿瘤、急性淋巴细胞性白血病、SLE 等。

B 细胞测定

一、红细胞花环试验

(一)标本采集:肝素抗凝静脉血 2ml。

(二)方法:EA 花环及 EAC 花环试验。

(三)正常参考值:8% ~12%。

(四)临床意义:

(1)免疫缺陷(无丙球蛋白血症、联合免疫缺陷)时,花环率降低。

(2)慢性淋巴细胞性白血病、毛细胞性白血病时,花环率显著升高。

二、酵母菌花环试验

(一)标本采集:肝素抗凝静脉血 2ml。

(二)正常参考值:AB 型血清:11.6±4.3%;自身血清:11.1±3.6%。

(三)临床意义:同红细胞花环试验。

T 淋巴细胞转化试验

(一)标本采集:肝素抗凝静脉血 2ml。

(二)方法:PHA 淋巴细胞转化试验形态学检查法。

(三)正常参考值:转化率:60.1±7.6%($\bar{x}\pm SD$)。

(四)临床意义:

(1)细胞免疫缺陷或功能低下者,其转化率可明显低于正常,如运动失调性毛细血管扩张症。此外,恶性肿瘤、何杰金病、淋巴瘤、淋巴肉芽肿、Sjogren 综合征、重症真菌感染、重症结核、瘤型麻风等,转化率均可低于正常值。

(2)估计疾病的疗效和预后。恶性肿瘤或慢性白色念珠菌病、经转移因子或免疫增强剂治疗后,其转化率可由治疗前的低值转变为正常,反之则预后不良。

外周血白细胞促凝血活性(LPCA)测定

(一)标本采集:静脉血 3ml(38.10g/L 枸橼酸钠抗凝)。

(二)正常参考值:促凝值>3s 为细胞免疫功能正常;1~3s 为细胞免

疫功能偏低；0s 为细胞免疫功能低下。

（三）临床意义：同淋巴细胞转化试验。

NK 细胞活性测定

（一）标本采集：肝素抗凝静脉血 4ml。

（二）方法：胞浆乳酸脱氢酶（LDH）释放法。

（三）正常参考值：39.49 ± 12.01（X ± SD）。

（四）临床意义：用于肿瘤免疫方面的研究。

T 细胞亚群测定

（一）标本采集：肝素抗凝静脉血 2ml。

（二）方法：免疫荧光法或免疫酶法、SPA 花环法。

（三）正常参考值：

（1）CD_3^+（T_3）细胞（全 T 细胞）阳性率：71.5 ± 6.2%。

（2）CD_4^+（T_4）细胞（T 辅助/诱导细胞）阳性率：45.7 ± 5.3%。

（3）CD_8^+（T_8）细胞（T 抑制/杀伤细胞）阳性率：27.9 ± 5.0%。

（4）T_4/T_8 比值为 1.66 ± 0.33%。

（四）临床意义：用于对肿瘤、病毒感染、风湿病、器官移植、老年人等细胞免疫功能的研究。

白细胞粘附抑制试验（LAIT）

（一）标本采集：肝素抗凝静脉血 4ml。

（二）正常参考值：＞10%。

（三）临床意义：用于了解 T 细胞功能，如肿瘤患者免疫水平和接受治疗后的变化。还用于协助肿瘤的诊断，如乳腺癌，黑色素瘤、甲状腺癌、胃癌、胰腺癌、肝癌与结肠癌等。

器官移植的免疫学检查

一、混合淋巴细胞培养法

（一）标本采集：供体与受体各取静脉血 5～10ml 于细胞分离液中。

（二）临床意义：母细胞转化率＜5% 说明受体与供体细胞之间组织相

容，抗原差异小，适于移植。

二、微量细胞毒（抗淋巴细胞抗体）试验

（一）标本采集：同混合淋巴细胞培养法。

（二）临床意义：

（1）－：＜10%，可进行移植。

（2）＋：11%～25%，结合临床情况考虑。

（3）＋＋：26%～50%，不能移植。

（4）＋＋＋：50%～80%，不能移植。

（5）＋＋＋＋：＞80%，不能移植。

红细胞免疫功能检验

（一）标本采集：肝素抗凝静脉血 2ml。

（二）方法：红细胞 C_3b 受体花环试验和红细胞免疫复合物花环试验。

（三）正常参考值：①红细胞 C_3b 受体花环率：13.37±4.10%；②红细胞免疫复合物花环率：4.68±2.20%。

（四）临床意义：见表 1－4－2。

表 1－4－2　红细胞 C_3b 受体花环和红细胞免疫复合物花环异常的意义

RBC－C_3b 受体	↓	↑	↑	↑
RBC－IC	↓	↑	↑	↓
临床意义	1. 原发性红细胞免疫粘附性低下或缺陷，不能有效地清除免疫复合物。易患或已患与此有关的疾病。 2. 见于年老、体弱、病重或肿瘤者。 3. 红细胞中毒、变性、异构。 4. 红细胞免疫粘附抑制因子增多。	1. 继发性红细胞免疫功能低下，不能有效地清除免疫复合物，易患各种免疫复合物性疾病。 2. 血循环中可能存在大量免疫复合物。 3. 自身免疫性疾病失代偿，病变易恶化。	1. 红细胞免疫粘附功能较强。 2. 循环免疫复合物增多。 3. 自身免疫性疾病代偿期或病变活跃 4. 红细胞免疫粘附抑制因子减少，促进因子增多。	1. 红细胞免疫粘附能力强，能有效地清除免疫复合物。 2. 见于健康、体壮有较强的防御应激能力者。 3. 疾病预后良好，体质逐渐恢复，抗病能力强。

注：RBC－C_3b 受体：即红细胞 C_3b 受体花环率；RBC－IC：即红细胞免疫复合物花环率。

自身抗体检测

一、类风湿因子(RF)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:胶乳凝集试验。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:70%~80%类风湿性关节炎呈阳性,慢性肝炎、结缔组织病、结核、亚急性感染性心内膜炎也可呈阳性,必要时做IgG、IgA、IgM、IgD、IgE类RF测定。

二、血清抗核抗体(ANA)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:间接免疫荧光法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于系统性红斑狼疮、系统性硬化症、干燥综合征、类风湿性关节炎、结节性多动脉炎、皮肌炎、血管炎等。

三、血清抗双股DNA(dsa-DNA)抗体测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:Farr法、荧光抗体染色法。

(三)正常参考值:结合率≤20%(Farr法);阴性(荧光抗体染色法)。

(四)临床意义:阳性主要见于系统性红斑狼疮,也可见于其他结缔组织病。

四、抗ENA抗体(抗SM、抗RNP)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:对流免疫电泳法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:抗SM(核基质)抗体对SLE(系统性红斑狼疮)有高度特异性。抗RNP抗体(可抽提性核蛋白抗体)见于包括SLE、类风湿病、干燥综合征在内的多种风湿病患者,特别多见于MCTD(混合结缔组织病)。高滴度抗RNP抗体是诊断MCTD的重要依据。

五、血清抗平滑肌抗体(SMA)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:免疫荧光法。

(三)正常参考值:阴性(≤1:10)。

(四)临床意义:阳性多见于急、慢性肝炎。

六、血清抗线粒体抗体(AMA)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:间接免疫荧光法。

(三)正常参考值:≤1:10。

(四)临床意义:阳性见于原发性胆汁性肝硬化、慢性活动性肝炎。

七、血清抗胃壁细胞抗体(PCA)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:间接免疫荧光法。

(三)正常参考值:≤1:10。

(四)临床意义:阳性见于恶性贫血、慢性萎缩性胃炎。

八、血清、精浆中抗精子抗体测定

(一)标本采集:

(1)禁欲3~5d的精液。

(2)夫妇静脉血各2ml(干燥管)。

(二)方法:试管玻片凝集试验、免疫酶染色法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:一部分不育症患者,其不育原因与体内存在抗精子抗体有关,用激素或中药治疗,使抗精子抗体转阴后,部分患者可恢复生育。

九、血清抗心肌抗体测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:间接免疫荧光法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于心肌梗死、心肌炎、风湿热、克山病等。

十、血清抗甲状腺球蛋白(TG)抗体测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:血凝法。

(三)正常参考值:≤1:20。

(四)临床意义:阳性见于桥本甲状腺炎、毒性弥漫性甲状腺肿,也可

见于原发性甲状腺功能低下。

肿瘤的免疫学检测

一、甲胎蛋白(AFP)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法、放免法。

(三)正常参考值:10～30ng/ml(酶免法);<20ng/ml(放免法)。

(四)临床意义:常以AFP>400ng/ml作为肝癌诊断临界值。原发性肝癌患者血清AFP阳性率为75%～80%,其他恶性肿瘤、肝脏良性疾病患者及孕妇等血清AFP含量也可升高。

二、AFP异质体测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)正常参考值:脐带血清中LCA非结合型AFP占97.1±4.0%。

(三)临床意义:肝硬化患者LCA(小扁豆凝集素)非结合型AFP为87.1±8.2%,肝癌患者血清中含量为41.1±34.4%,目前认为LCA非结合型AFP<75%提示原发性肝癌。

三、血清α-L-岩藻糖甙酶(AFU)活性测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:分光光度计法。

(三)正常参考值:395.8±26.3nmol/ml/h(109.94±7.31nkat/L)。

(四)临床意义:用于原发性肝癌的早期诊断,疗效观察,预后判断;与AFP合用可提高肝癌的检出率。原发性肝癌时,AFU显著升高。

四、癌胚抗原(CEA)测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法、放免法。

(三)正常参考值:非吸烟的健康人血清CEA含量<2.5ng/ml;20%～40%大量吸烟者>2.5ng/ml,有的甚至>5.0ng/ml。

(四)临床意义:CEA可作为癌肿术后有无复发的监测指标。

五、人绒毛膜促性腺激素(HCG)测定

(一)标本采集:静脉血1ml(干燥管)、尿液2ml(新鲜)。

(二)方法:放免法、酶免法。

(三)正常参考值:血液 23～136ng/ml(1 国际单位/ml－100ng/ml)尿液＜2ng/ml。

(四)临床意义:用于妊娠早期及宫外孕、妇科恶性疾病(葡萄胎或绒毛膜癌)的诊断及胎盘功能,妇科恶性疾病疗效的判定。

六、EB 病毒抗体测定(EBVIgA/VCA 测定)

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:间接酶免疫染色法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:EBVIgA/VCA 对鼻咽癌有较高特异性,但须结合临床进行判断,本法可用于早期筛查鼻咽癌患者,并对判断疗效与预后有一定的帮助。

七、前列腺特异性抗原(PSA)测定

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:0～4ng/ml。

(四)临床意义:PSA 对前列腺病变的敏感性极高,且随病变演进而浓度增高,故可作为前列腺癌早期诊断指标之一。

传染病的免疫学检测

一、甲型肝炎病毒(HAV)IgM 抗体检测

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于甲型病毒性肝炎急性期。

二、甲型肝炎抗原检测

(一)标本采集:患者粪便少许。

(二)方法:微量固相放射免疫沉淀法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:粪便中检测到甲肝病毒(HAV)抗原即可从病原学上确定为甲肝患者或无症状感染者。

三、乙型肝炎病毒(HBV)抗原抗体检测

(一)标本采集:静脉血 3ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:HBV 抗原抗体检测主要价值是:确定乙型肝炎的病原诊断;用于乙型肝炎流行病学调查;检出潜在乙型肝炎传染源;筛选乙型肝炎疫苗接种对象;疫苗安全性和效果的考核;对治疗或消毒用乙型肝炎药物的评价;用于分析病情及对预后的判断。

表 1-4-3　乙肝病毒抗原抗体检测常见结果分析模式(10 种)

模式号	HBsAg	HBsAb	HBeAg	HBeAb	HBcAb△	出现率	临床意义
							俗称二阳牌
1	+		+		+	30%～40%	1. 急慢性乙型肝炎。 2. 提示 HBV 复制
2	+			−	−	10%～15%	1. 急性 HBV 感染。 2. 慢性 HBsAg 携带者 3. 传染性弱
3	+	−	−	+	+	5%～10%	1. 急性 HBV 感染趋向恢复。 2. 慢性 HBsAg 携带者。 3. 传染性弱。 4. 长期持续易癌变
4	−	−	−	−		1%～3%	过去和现在未感染过 HBV
5		+	−	−	+	5%～15%	1. 既往感染仍有免疫力。 2. 非典型恢复型
6	−	−		+	+	2%～10%	1. 既往感染过 HBV。 2. 急性 HBV 感染恢复期。 3. 少数标本仍有传染性
7	−				+	5%～10%	1. 既往感染过 HBV。 2. 急性 HBV 感染窗口期 (抗 HBc、IgM 可阳性)
8	−	+				1%～6%	1. 被动或主动免疫后。 2. HBV 感染后已康复
9	−	+		+	−	0.5%～5%	1. 急性 HBV 感染后康复。 2. 既往感染过 HBV
10	+	−	+		−		早期 HBV 感染或慢性携带者,强传染性

注:△:HBcAb 出现早,略迟于 HBsAg,早期是 IgM,以后转为 IgG。后者可持续多年,急性乙型肝炎的血清中几乎均可测出抗 HBc、IgM,该抗体阳性是早期诊断乙型肝炎的重要指标。

四、乙型肝炎循环免疫复合物检测

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:聚乙二醇-胰酶α反向血凝法

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于:①慢性活动性肝炎循环免疫复合物量最高;②其次为急性肝炎及亚急性重症肝炎;③再次为慢性持续性肝炎;④HBsAg携带者其HBsAg免疫复合物低或无。⑤HBsAg特异性免疫复合物阳性率与临床病型有一定的关系。

五、丙型肝炎抗体测定

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:抗HCV阳性结果仅表明该患者曾经感染过丙型肝炎病毒,而阴性结果并不能完全排除此患者过去或现在有过丙型肝炎病毒的感染。

六、丁型肝炎病毒抗体检测(抗HDV-IgM)

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:HBsAg阳性患者(乙肝病毒携带者)同时检出抗HDV.IgM可确诊丁型肝炎病毒感染(同步感染或重叠感染)。

七、戊型肝炎病毒抗体(抗HEV)检测

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:血清中抗HEV阳性说明患者已被戊型肝炎病毒感染,结合临床可确诊。

八、人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体检测

(一)标本采集:静脉血 3ml(干燥管)。

(二)方法:过筛试验多用酶免法、确证试验多用放免法和免疫印染法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性见于艾滋病毒感染。

九、肥达试验

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:微量血凝反应板法、试管法。

(三)正常参考值:O≤1:80;H≤1:160;A≤1:80;B≤1:80;C≤1:80。

(四)临床意义:如凝集价超过正常或双份血清凝集价增长 4 倍以上,可协助诊断伤寒或副伤寒。

十、外斐试验

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:试管法。

(三)正常参考值:OX_{19}≤1:40;OX_2≤1:40;OX_k≤1:40。

(四)临床意义:如凝集价超过正常或双份血清凝集价增长 4 倍以上,可协助斑疹伤寒、恙虫病的诊断。

十一、布鲁菌病凝集试验

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:试管法。

(三)正常参考值:≤1:40。

(四)临床意义:如凝集价超过正常或双份血清凝集价增长 4 倍以上,可协助诊断布鲁菌病。

十二、嗜异性凝集试验

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:试管法。

(三)正常参考值:≤1:7。

(四)临床意义:凝集价增高见于传染性单核细胞增多症。血清病、何杰金病也可增高。

十三、冷凝集试验

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:试管法。

(三)正常参考值:≤1:32。

(四)临床意义:阳性见于支原体肺炎、传染性单核细胞增多症,肝硬

化、恶性疟疾、支气管哮喘、动脉痉挛症也可呈阳性。

十四、钩端螺旋体血凝试验

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:血凝法。

(三)正常参考值:≤1:40。

(四)临床意义:如凝集价递增可诊断钩端螺旋体病。

十五、抗链球菌溶血素O(ASO)试验

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:溶血中和法 胶乳凝集法。

(三)正常参考值:<500u(溶血中和法)或为阴性(胶乳凝集法)。

(四)临床意义:增高见于溶血性链球菌感染、急性风湿热、急性肾小球肾炎等。

十六、梅毒血清学检查

(一)标本采集:静脉血3ml(干燥管)。

(二)方法:过筛试验用快速血清反应素环状卡片试验(RPR);确证试验用苍白螺旋体血凝试验(TPHA)

(三)临床意义:见表1-4-4。

表1-4-4 梅毒血清学检验结果的临床意义

RPR类(过筛试验)	TPHA类(确证试验)	临床意义
-	-	排除梅毒或初期感染
+	-	假阳性或初期感染
-	+	梅毒治疗
+	+	梅毒感染

以上2类检验结果要结合临床才能做出正确判断,血清学检验仅供参考。

十七、流行性出血热(EHF)IgM类抗体测定

(一)标本采集:静脉血2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:流行性出血热患者阳性。

十八、乙型脑炎病毒 IgM 类抗体检测

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法

(三)正常参考值:阴性

(四)临床意义:乙型脑炎患者阳性。

十九、轮状病毒抗原检测

(一)标本采集:患者粪便少许(新鲜)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:轮状病毒感染患者粪便阳性。

二十、结核菌(TB)抗体检测

(一)标本采集:静脉血 2ml,脑脊液 1ml

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:血清 TB 抗体阳性说明已被结核菌感染;脑脊液 TB 抗体阳性见于结核性脑膜炎

二十一、抗弓形虫 IgM 测定

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:患者在发病后 1 个月内,其 IgM 即达到最高滴度,约持续 8 个月。

二十二、阿米巴抗体检测(DID)

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:双向免疫扩散法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:DID 检测阿米巴肝脓肿、阿米巴痢疾和带虫者的阳性率分别是 97%、90% 和 37%。DID 阳性与阿米巴病临床十分相关,若患者治疗后血清 DID 仍持续阳性 1 年以上时,说明此患者尚未治愈,在阿米巴病低发区 DID 持续 3 个月阳性,可诊断为阿米巴病。

二十三、包虫病抗体检测

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性说明患者血清中有棘球蚴 IgE 抗体,患者感染了棘球蚴

二十四、猪囊尾蚴(囊虫)抗体检测

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管),脑脊液 1ml(新鲜)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:血清囊虫抗体阳性,说明机体受猪囊尾蚴感染;脑脊液囊虫抗体阳性见于脑囊虫患者。

二十五、旋毛虫抗体检测

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:微量沉淀试验。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:此试验对诊断旋毛虫病敏感性与特异性都很高,但对慢性患者则无诊断价值。阳性为旋毛虫感染急性期。

二十六、人巨细胞病毒特异性 IgM 检测

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:阳性为人巨细胞病毒感染。该抗体检测用于:

(1)早日发现孕妇有无原发性感染、新生儿有无先天性感染、儿童有无获得性感染,在优生优育方面有重要作用。

(2)检查器官移植患者有无活动性感染,鉴定器官移植供者是否为人巨细胞病毒携带者,以便及时预防和治疗。

(3)筛选供血者,以防输血后单核细胞增多症的发生。

(4)评价疫苗效果和抗病毒药物的疗效。

二十七、风疹病毒抗体 IgG、IgM 测定

(一)标本采集:静脉血 2ml(干燥管)。

(二)方法:酶免法。

(三)正常参考值:阴性。

(四)临床意义:IgG 阳性说明有既往感染,IgM 阳性说明为现症感染、该试验在优生优育方面有重要意义。

第五节　细菌学检查

普通细菌培养

一、标本来源

(一)A 类:以无菌手续采集静脉血(3～10ml)、动脉血(3～10ml)、骨髓(1～2ml)、脑脊液(2～5ml)、穿刺液(胸水、腹水、心包液、关节腔液、鞘膜液等 2～10ml)、胆汁(5ml)。

(二)B 类:取新鲜粪便(脓、血、粘液部分)、脓液或其他(眼、耳、鼻、生殖器官分泌物)、咽拭子、痰液(脓血部分)。

(三)C 类:取中段尿(10～15ml)于无菌试管中送检。男性患者清洗尿道口,用 1∶1 000 新洁尔灭液消毒;女性患者清洗外阴后用 1∶5 000 高锰酸钾冲洗外阴及尿道口。

二、临床意义

(一)A 类标本:凡检出致病菌(含条件致病菌),均有助于相关疾病的诊断。

(二)B 类标本:凡检出致病菌(含条件致病菌),应结合临床表现考虑其诊断价值。如粪便培养出伤寒菌,有助于伤寒的诊断,也可能为伤寒带菌者;咽拭子培养出化脓性球菌,如数量上占优势,可能为致病菌、也可能为带菌者。

(三)C 类标本:应注意每 ml 尿液的含菌量。若$<10^3$/ml 多为污染,10^4/ml 为可疑;革兰阳性球菌数量$>10^4$/ml、革兰阴性杆菌数量$>10^5$/ml 即视为感染。

某些标本的直接涂片镜检

1. 脑脊液及各种穿刺液:革兰阴(阳)性球菌、杆菌。

2. 口腔、咽喉分泌物：链球菌、有异染颗粒的棒状杆菌、结核分枝杆菌、念珠菌、梭形杆菌、奋森螺旋体。

3. 眼分泌物：葡萄球菌、链球菌、淋病奈瑟菌。

4. 鼻分泌物：葡萄球菌、链球菌、有异染颗粒的棒状杆菌、麻风分枝杆菌。

5. 尿液：淋病奈瑟菌、结核分枝杆菌、念珠菌。

6. 粪便：结核分枝杆菌、弧菌、难辨梭菌、酵母样菌。

7. 生殖器官分泌物：淋病奈瑟菌、念珠菌、结核分枝杆菌。

另外，直接涂片染色镜检还可用于鼠疫耶尔森菌、炭疽芽胞杆菌的检查。

厌氧菌的培养

厌氧菌感染可遍及临床各科，人体的各个部位、各个器官和组织都可发生厌氧菌感染，多种厌氧菌或厌氧菌参与的混合感染也较为常见，实验室应依据临床要求及标本性质做厌氧菌培养。

采样时要注意与空气隔绝，立即送检，必要时床边接种。

L 型细菌的培养

对有典型临床感染症状，而上述培养又未检出病原菌者，应考虑为 L 型细菌的感染，必须选择 L 型细菌培养的方法来分离该菌。L 型细菌败血症中以金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌及伤寒沙门菌最为常见。

药物敏感试验

抗菌药物的选用是根据分离培养出致病菌的性质及临床需要而选定，结果以敏感、中度敏感、耐药报告。帮助临床医师选用效果最佳的药物进行治疗；进行流行病学调查，了解耐药菌株变异情况，为抗菌药物的社会应用提供依据。

关于国际上已废除的细菌名称

遵照卫生部(91)第 18 号令，凡使用俗名、旧名和沿用过时的细菌分类法报告实验结果或记载科学资料都是不规范的、违法的，应停止使用

（请参考《全国临床检验操作规程》）。常见细菌新、旧/俗名对照，见表1-5-1。

表1-5-1 常见细菌新、旧/俗名对照表

旧、俗名	新名称
白色葡萄球菌、柠檬色葡萄球菌	表皮葡萄球菌、腐生葡萄球菌等十余种
肺炎双球菌	肺炎链球菌
乙型A族溶血性链球菌	化脓性链球菌(A群链球菌)
甲型溶血性链球菌	草绿色链球菌(又分为乳房链球菌、血链球菌、少酸链球菌等)
脑膜炎双球菌	脑膜炎奈瑟菌
淋病双球菌	淋病奈瑟菌
卡他球菌	卡他摩拉(布兰汉)菌
大肠杆菌	大肠埃希菌
副大肠杆菌	已被分成阴沟肠杆菌等许多种
肺炎杆菌	肺炎克雷伯菌
伤寒杆菌	伤寒沙门菌
甲型副伤寒杆菌	副伤寒A沙门菌
乙型副伤寒杆菌	副伤寒B沙门菌
丙型副伤寒杆菌	副伤寒C沙门菌
肠炎杆菌	肠炎沙门菌
结核杆菌	结核分枝杆菌
麻风杆菌	麻风分枝杆菌
白喉杆菌	白喉棒状杆菌
鼠疫杆菌	鼠疫耶尔森菌
流行性感冒杆菌	流感嗜血杆菌
痢疾杆菌	志贺菌属
志贺痢疾杆菌	痢疾志贺菌
福氏痢疾杆菌	福氏志贺菌
鲍氏痢疾杆菌	鲍氏志贺菌
宋内痢疾杆菌	宋内志贺菌
产气荚膜杆菌(魏氏杆菌)	产气荚膜芽胞梭菌
破伤风杆菌	破伤风芽胞梭菌
百日咳杆菌	百日咳鲍特菌
肉毒杆菌	肉毒芽胞梭菌
绿脓杆菌	铜绿假单胞菌
炭疽杆菌	炭疽芽胞杆菌

第六节　分子生物学检验

分子生物学检验目前常用聚合酶链反应。聚合酶链反应(Polymerase Chain Reaction, PCR)技术是模拟体内DNA复制过程、由引物介导和耐热DNA聚合酶催化在体外扩增特异DNA片段的一种快速而有效的方法。该技术不仅具有高度特异性、选择性、灵敏性，而且快速简便，应用范围广。自1985年问世以来，虽仅几年却以惊人的速度广泛地应用于生物学和医学研究的各个领域，是当今实验诊断技术一项革命性的突破。

(一)标本范围：血液、体液、分泌物、粪便、组织等。

(二)PCR技术在医学中的应用：

(1)遗传性疾病的基因诊断，应用PCR技术可对镰刀状红细胞贫血、α地中海贫血、血友病、苯丙酮尿症及杜氏肌营养不良等多种遗传性疾病进行基因诊断。

(2)病原微生物的检测，应用PCR技术可以检测甲、乙、丙、丁、戊5种肝炎病毒，艾滋病毒，解脲支原体、沙眼衣原体，弓形虫，巨细胞病毒，单纯疱疹病毒(HSV)，人乳头瘤病毒，结核分枝杆菌，淋病奈瑟菌，沙门菌，志贺菌，小肠结肠炎耶尔森菌，霍乱弧菌，单核细胞增生李斯特菌，金黄色葡萄球菌等。

(3)PCR技术还应用于视网膜母细胞瘤的基因研究及化疗中残存癌细胞的检测。

(4)PCR技术可显示不同个体的DNA指纹图谱，在法医学的个人识别和亲子关系鉴定上有特殊作用

(5)PCR技术还可用于性别的鉴定。

(6)PCR技术也可作为器官移植时筛选供体有效而省人省力的方法。

随着PCR技术的不断改进和完善，必将在人类疾病的诊断和治疗中发挥巨大的作用。

第七节　常用功能检查

肾功能检查

一、血液尿素氮测定

参见本章第三节临床化学检验。

二、内生肌酐清除率试验

[适应证]

肾脏疾病，疑诊肾功能减退及术前检查，以了解肾小球滤过功能。

[检查方法]

(1)试验前2d，患者进行"无肌酐饮食"，即禁食肉类、蛋类，每日蛋白质不超过40g，并避免剧烈运动。

(2)试验日晨8时将尿排净，然后准确收集24h尿液，并加入甲苯4～5ml以防腐。

(3)测定日采血3ml，与24h尿同时送检。

(4)测定血清(浆)及尿中肌酐浓度，并测量24h尿量。

(5)结果计算：

$$24h\text{内生肌酐清除率}=\frac{\text{尿肌酐浓度}(\mu mol/L)\times 24h\text{尿量}(L)}{\text{血浆肌酐浓度}(\mu mol/L)}$$

$$\text{矫正清除率}=\frac{1.73m^2(\text{标准体表面积})}{\text{实得体表面积}(m_2)}\times\text{测得}24h\text{内生肌酐清除率}$$

在严格控制条件下，尿中肌酐排泄量相当恒定，故可将24h内生肌酐清除率，简化为4h留尿法；试验时，要准确到以分计算，在饮水400ml前，先排尿弃去，饮水后20min再排尿弃去，准确取4h尿液并采血3ml，测定尿中和血中肌酐含量，计算出每分钟尿量，按下式计算每分钟内生肌酐清除率：

$$\text{内生肌酐清除率}(ml/min)=\frac{\text{尿肌酐浓度}(\mu mol/L)\times\text{尿量}(ml/min)}{\text{血肌酐浓度}(\mu mol/L)}$$

[正常参考值和临床意义]

参见本章第三节临床化学检验内生肌酐清除率测定。

【注意事项】

(1)试验期间必须留足24h或4h尿量,并准确地排入容器中。

(2)盛尿容器要预先放进防腐剂。

(3)过胖者,应将实测值以标准面积($1.73m^2$)加以校正。

三、莫氏(Mosenthal)试验

【适应证】

肾脏病患者欲了解肾小管功能。

【检查方法】

(1)试验前1d及当日,饮食如常,但饮水(包括食物)不超过2 000ml/d;晚餐后不要再进任何食物和水分,直至次晨8时。

(2)上午8时令患者排净尿液弃去,继则每2h收集尿1次,晚8时至翌日8时的夜尿一并收集,分别准确测定7次尿量和相对密度,并记录测量时的室温。

【正常参考值】

24h尿量1 000～2 000ml,夜12h尿量不应超过750ml;昼尿量与夜尿量之比为3～4:1;尿液最高相对密度应在1.020以上;最高相对密度与最低相对密度之差,不应小于0.009。

【临床意义】

肾功能不全时,夜尿量超过750ml,此种现象为肾功能不全的最早指征;昼间各份尿量接近,最高相对密度低于1.018,表示肾脏浓缩功能不全;肾功能严重损害时,尿相对密度可固定在1.010左右,即所谓等张尿,见于慢性肾炎、高血压病、肾动脉硬化症等的晚期。

【注意事项】

(1)在消肿期的患者及出汗多的患者,本试验欠准确;试验当日勿做体力劳动及运动。

(2)进行本试验期间应停用利尿剂。

四、酚红排泄试验(PSP)

【适应证】

了解近端肾小管排泄功能。

【检查方法】

(1)试验前和试验中忌吸烟、饮茶或咖啡,忌用酚酞、山道年、大黄、阿

斯四林、保太松、青霉素等药物。

(2)嘱患者先饮水 400ml,20min 后用干燥灭菌的结核菌素注射器,准确吸取 0.6% 酚红 1ml 做静脉注射,记录注射时间。

(3)于注射酚红后 15、30、60、120min,分别收集尿液共 4 次,各置于有标记的清洁容器中送检。

【正常参考值】

酚红排泄率:15min > 25%(老年人 > 20%),120min 时排泄总量 > 55%。

【临床意义】

排泄减少,见于慢性肾炎、肾病、肾动脉硬化及肾瘀血等引起的肾功能损害。120min 排泄总量为 40% ~ 55% 时,表示肾功能轻度损害;25% ~ 39% 为中度损害;11% ~ 24% 为重度损害;0% ~ 10% 为严重损害。

【注意事项】

(1)注射酚红时,需用结核菌素注射器十分准确地吸出 1ml,完全注入静脉内,切勿漏出。

(2)留尿必须准时,尿必须排尽,15min 的尿量不应 < 30ml,否则结果偏低。

(3)留尿后应尽早比色,特别是碱性尿,应立即比色,以防退色。

肾上腺皮质功能检查

一、促肾上腺皮质激素(ACTH)兴奋试验

【适应证】

肾上腺皮质功能减退及鉴别亢进类型。

【检查方法】

(1)试验前日留 24h 尿,测定 17 - 羟类固醇与 17 - 酮类固醇。

(2)试验前后测血浆皮质醇。

(3)试验日晨 8 时起以 ACTH 25u 溶于 5% 葡萄糖 500ml 中,连续静滴 8h,一般连续静滴 2d。如疑为继发性肾上腺皮质功能减退者,可连续静滴 5d,方法同上。收集试验日 24h 尿,测定尿 17 - 羟类固醇及尿 17 - 酮类固醇。

【正常参考值和临床意义】

(1)正常人滴注后，血浆皮质醇可从441.6nmol/L(16μg/dl)增至2 208nmol/L(80μg/dl)以上；尿17 羟类固醇可增加8～16mg或为基础值1～3倍。

(2)肾上腺皮质功能减退：原发性者，尿17 羟类固醇无反应或上升<2mg；继发性者表现为反应延迟，即滴注2～5d后才逐渐增至正常，本病的血浆皮质醇值常<552nmol/L(20μg/dl)。

(3)肾上腺皮质增生者，尿17 羟类固醇可增加3～7倍；肾上腺皮质腺瘤反应较弱，约增加2倍；癌肿者基础值高，不受ACTH刺激，无增高反应。

【注意事项】

为避免重症肾上腺皮质功能减退患者在滴注ACTH后发生肾上腺皮质功能衰竭，可将葡萄糖液改为生理盐水。

二、地塞米松抑制试验

【适应证】

适于鉴别是否存在皮质醇增多症。

【检查方法和临床意义】

(1)隔夜服地塞米松抑制试验：睡前服地塞米松1mg，服药后禁食至次日上午8时，测血浆皮质醇。正常人及肥胖者，血浆皮质醇可抑制至138nmol/L(5μg/dl)以下，皮质醇增多症则不被抑制。

(2)小剂量地塞米松抑制试验：试验前日留24h尿测17 羟类固醇；试验第1、2d，分别服地塞米松0.5mg/次，每6h 1次；或0.75mg/次，每8h1次。每日留24h尿，测17-羟类固醇。

正常人尿17-羟类固醇排出量可明显下降至<2.5mg，肥胖者可略高，但<对照值的50%；皮质醇增多症患者则不受抑制。

(3)大剂量地塞米松抑制试验：方法与小剂量法相同，对小剂量地塞米松不受抑制者，地塞米松用量改为每6h服2mg，连服2d共16mg。肾上腺皮质增生可被抑制；肿瘤患者(肾上腺腺瘤、癌及异源性ACTH综合征)则不受抑制。

三、螺旋内酯(安体舒通)试验

【适应证】

适于醛固酮增多症。

【检查方法】

(1)固定钾钠饮食(分别为 60mmol/d)2d,以资对照。

(2)第 3d 起,留 24h 尿 2d,测尿钾、钠并同时测血钾、钠、CO_2CP。

(3)第 5d 起,口服螺旋内酯 80mg、4 次/d,持续 1～2 周。

(4)试毕连续留 24h 尿 2d,并抽血送检,测尿钾、钠,血钾、钠及 CO_2CP。

(5)试验期间每日测血压 2 次,观察临床症状;试验前后做心电图检查。

【临床意义】

螺旋内酯为醛固酮拮抗剂,在足够剂量下能纠正过量醛固酮引起的代谢紊乱。故醛固酮增多症患者尿钾减少,血钾上升至正常;尿钠增多,血钠有所下降,CO_2CP 下降。但本实验不能鉴别原发性和继发性醛固酮增多症。

甲状腺功能检查

一、促甲状腺激素释放激素(TRH)兴奋试验

【适应证】

用于甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退症(甲减症)的诊断。

【检查方法】

(1)试验前,先测定受试者血清促甲状腺激素(TSH)基础值。

(2)静脉注射 TRH 200μg,注射后 15、30、60、90min 各测血清 TSH 值 1 次。

【正常参考值与临床意义】

(1)正常人注射 TRH 后 15min,血清 TSH 逐渐升高,30min 达高峰(10～30μu/ml),如 60minTSH 值高于 20min 值为延迟反应。

(2)甲状腺功能亢进症血清 TSH 基础值低于正常,注入后也不升高。如 TSH 值增高可排除甲亢。此试验有较高早期诊断价值。对老年有冠心病、高血压病的甲亢患者较安全适用。

(3)原发性甲减症血清 TSH 基础值较正常为高，注射 TRH 后 TSH 可进一步升高，且升高绝对值较正常对照大。

(4)继发性甲减症对 TRH 有反应但为延迟(60、90min)者，提示病变在下丘脑；对 TRH 无反应者，为垂体疾病引起 TSH 分泌减少或缺乏，内分泌性突眼者，对 TRH 也可无反应，需要慎重分析。

二、促甲状腺激素(TSH)兴奋试验

【适应证】

适于甲减症的鉴别诊断。

【检查方法与临床意义】

(1)每天肌注 TSH10u，连续 3d，注射 TSH 前后做甲状腺摄碘率进行比较。正常人注射 TSH 后吸碘率增高 1 倍。

(2)原发性甲状腺功能减退对本试验无反应。继发性甲状腺功能减退、注射 TSH 后甲状腺摄碘率明显提高。

【注意事项】

(1)注入 TSH 后，T_3、T_4 大量增加，直接作用于心肌，故有严重心脏病者禁做本试验。

(2)做本试验前 2～4 周，禁用含碘食物及药物、甲状腺片及溴剂等。

第二章　影像诊断检查技术

影像诊断是指通过各种影像检查手段所显示的病变图像特点进行疾病诊断的一门学科，虽然各种成像技术的成像原理与方法不同，诊断价值与限度各异，但都是使人体内部组织和器官形成影像，从而了解人体解剖结构、生理功能状态、生化改变及病理变化，以此达到诊断目的。随着科学技术的进步，影像诊断技术也日益更新和完善。它表现在仪器设备的改进，影像增强器的应用，造影剂的发展，各种辅助用具的应用和显影方法的进展。特别是电子计算机和各种电子技术的发展和应用以及其他学科的渗透和扩展，从而使影像检查手段得到了突飞猛进的发展，并成为医疗工作中的重要支柱。目前，临床上所应用的影像检查方法，除传统的X线诊断外，还包括超声成像(USG)、计算机体层摄影(CT)、数字减影血管造影(DSA)、放射性核素检查、磁共振成像(MRI)、介入性放射学(Interventional, Radiology)等。

本章的目的在于了解这些成像技术的基本成像原理、方法和图像特点，掌握不同成像技术在疾病诊断中的价值与限度，以便能正确选用，帮助做出诊断。

第一节　普通X线检查

一、常规透视

常用于胸部和胃肠检查、骨折和脱位整复、异物摘除、急腹症检查及较大泌尿系结石检查。

二、摄影

适用于全身各部位检查，有利于细微病变的显示、治疗前后对比。

三、体层摄影

适用于明确平片难以显示、重叠较多和处于较深部位的病变。多用于了解病变内部结构有无破坏、空洞或钙化，边缘是否锐利以及病变的确切部位和范围，显示气管支气管腔有无狭窄、堵塞或扩张。配合造影检查以观察选定层面的结构与病变。

四、高千伏摄影

高千伏摄影指使用 120kV 以上的 X 线摄片。它除广泛应用于胸部摄片外，还应用于喉部、副鼻窦、腰椎侧位、妊娠、肠道钡剂造影及气脑造影。

五、记波摄影

用于显示心脏及大血管搏动、膈肌运动及胃肠蠕动等。

六、放大摄影

显示骨结构的微小改变、细小矽肺结节、瘤内细微血管、观察听骨链及超选择性肺泡支气管造影等。

七、荧光摄影

又称间接摄影。常用于胸部的集体检查，肺结核、肺癌、矽肺的普查，以及代替日常的常规透视。

八、钼靶 X 线摄影

最多用于乳腺检查。另外还用于肿瘤内的微小钙化点，骨肿瘤的软组织侵犯，软组织内透光异物的定位及病理标本的 X 线摄影等。

九、干板 X 线摄影

对人体较薄部位和软组织显示较好，常用于乳腺摄影、软组织异物（非金属异物如动植性刺和玻璃屑等）摄影。

第二节　常用的造影检查

X 线钡餐检查

【适应证】

1. 用于食管、胃、肠道及回盲区病变，如胃肠道憩室、炎症、溃疡、结

核、肿瘤、先天性畸形、食管胃底静脉曲张的检查。

2. 对食管、胃、肠邻近器官组织病变的辅助诊断。

3. 了解胃肠功能状态。

【禁忌证】

胃肠穿孔者禁用。新近消化道出血及梗阻者慎用。

【检查方法】

1. 造影前准备：检查前 1d 禁服影响胃肠功能及高密度的药物，如泻剂、收敛剂、钙剂、铁剂等。检查日晨起禁食禁水。

2. 钡剂调制必须应用医用硫酸钡。食道钡餐检查钡剂的钡水比例为 3～4∶1，或根据患者具体情况而调制钡剂；上消化道及肠道检查的钡水比例为 1∶1 ～1.5。并加入适量的阿拉伯胶以增加粘度，亦可用桃胶、西黄芪胶等代替。

3. 先行胸腹部透视，如胃液过多或大量食物潴留时，应先抽空后再行检查。然后于站立右前斜位、前后位和左前斜位吞钡，观察食管及胃贲门情况，再于不同体位及卧位观察胃及十二指肠情况。

4. 用带铅手套的手或压迫器压迫欲观察部位的粘膜，根据需要摄粘膜相。

5. 吞下全部的钡剂，详细观察胃及十二指肠各部的轮廓、蠕动、柔软度、位置、移动度等情况，必要时摄片。若行上消化道钡餐检查，至此终止。若行全消化道钡餐检查，则继续禁食禁水，接着向下检查。

6. 服钡后 1～2h 复查胃内钡剂排空及小肠充盈情况。患者是否需要再复查，以及复查和进食时间，由放射科医师根据具体情况决定。检查一直到结肠显影为止。按需要摄片。

7. 疑小肠病变者，应每隔 30min～1h 复查 1 次。若仅疑回盲部病变，可于服钡后 4～6h 做回盲部检查。若疑阑尾病变，可于 24h 或 48h 再行复查。疑结肠病变，以钡剂灌肠检查为佳。

【注意事项】

1. 造影后 3d 内对所摄腹部平片读片时，应考虑残留钡剂的影响。

2. 消化道大出血时，亦可考虑进行钡餐检查，但宜用稀钡，取卧位，轻轻按压和少转动患者。

3. 完全性肠梗阻行钡餐检查，需用米－阿管，造影完后随即抽出钡

剂。不完全性肠梗阻可考虑服少量稀钡检查，需有经治医师合作，发现梗阻及时处理。

钡灌肠检查

【适应证】

1. 疑大肠病变，如肿瘤、炎症、溃疡、息肉等。

2. 腹块及肠梗阻的鉴别诊断。

3. 原因不明的下消化道出血、慢性腹泻、顽固性便秘。

【禁忌证】

急性阑尾炎、中毒性巨结肠、结肠穿孔或坏死。

【检查方法】

1. 造影前准备：检查前 1d 不吃含渣和含蛋白质较多的食物，少进软食。检查当日晨起可进少量早餐，于检查前 1h 高位清洁灌肠，排净肠内粪块。钡剂 200～300g、阿拉伯胶适量，加水 800～1 000ml 调匀。检查巨结肠时，应以生理盐水调制钡剂。

2. 将涂有润滑剂的肛管缓缓插入直肠，透视下灌入钡剂并跟踪钡首，直到回肠末端显影。灌肠时应随时转动患者位置，使钡首处于最低部位，以便钡剂顺利到达回盲部为止。

3. 跟踪过程中可用手或压迫器压迫欲详细观察的部位，必要时摄片。

4. 嘱患者排出大部分钡剂后观察结肠粘膜，必要时摄片，并可注入适量气体，拍摄气钡双重对比像。

【注意事项】

1. 造影后 3d 内所摄腹部平片，读片时应考虑残留钡剂的影响。

2. 钡剂温度应与体温相同或略高。过高易引起烫伤。

3. 幼儿或大便失禁者可改用 Foley 管，以免钡剂溢出。

快速钡餐检查

疑小肠及大肠病变(患者不愿或不宜钡灌肠者)，而病情需要快速检查者。

【禁忌证】

与常规钡餐检查相同。

【检查方法】

1. 同X线钡餐检查的1～5项，根据情况，可增加钡剂。

2. 胃和十二指肠检查完后30min，立即服胃复安（灭吐灵）20～40mg，以促进钡剂通过。服药30min后，观察全部小肠；服药1h后，观察横结肠及降结肠，继续观察到直肠为止。根据需要在检查中进行点片。

3. 大多数患者于3h内全部结肠可检查完毕。个别病例于1h或更短排便，而慢者6～8h才能到结肠。

低张十二指肠造影

【适应证】

用于检查胰头部、壶腹部、胆道及十二指肠癌和相邻部位的病变。

【禁忌证】

青光眼、严重心血管疾病及前列腺肥大者不宜做此项检查，因抗胆碱能药物可加重这些疾病的症状。

【方法检查】

1. 准备与常规钡餐检查相同。

2. 检查方法：

(1)导管法：

1)插入十二指肠引流管达降部上段。

2)肌注低张剂山莨菪碱10～20mg或普鲁本辛30～60mg、安胃灵2～4ml。

3)低张作用出现后(口干、面红和心跳加快)，透视下经导管注入硫酸钡混悬液50ml以观察十二指肠粘膜相，必要时摄片。

4)然后经导管注入空气，行双重对比造影观察，必要时摄片。

5)最后注入钡剂20ml进行充盈相检查，根据需要摄点片。

(2)无管法：

1)常规上消化道钡餐检查后，十二指肠充盈后注入低张剂，低张后取俯卧位或其他适当体位摄点片。

2)服产气药使十二指肠充气，做气钡双重造影，取俯卧位或左右斜位

摄取粘膜相。

【注意事项】

青光眼等忌用抗胆碱能药物，若需做低张检查者，可改用胰高糖素，成人2mg，小儿1mg，肌注。

小肠钡剂灌肠检查

【适应证】

主要用于小肠出血、狭窄，疑有小肠肿瘤而常规钡餐检查阴性患者。

【禁忌证】

完全性肠梗阻，消化道急性大出血等。

【检查方法】

1．术前准备与常规钡餐检查相同。

2．将十二指肠导管放置于十二指肠远端（十二指肠空肠曲附近）。

3．在透视下灌注稀钡剂，流速为100ml/min，注意钡剂通过各段小肠的情况并辅以手法按摸，分次摄取各段肠管的照片。常灌钡500～600ml，20～30min即可追踪钡剂到回盲部，可同时注入气体造成双重对比，有利于显示粘膜皱襞和观察相互重叠的小肠肠袢。

【注意事项】

1．注入空气后易产生气泡，酌情加用消泡剂。

2．若小肠蠕动增强而呈分节状，可加用氢溴酸东莨菪碱。

食管双重对比检查

【适应证】

食管早期肿瘤、炎症及轻度静脉曲张等病变，于常规食管检查显示不清者。

【检查方法】

1．肌注山莨菪碱20mg。

2．10min后服产气剂，使胃内气体不少于400ml。

3．连续大口服钡悬液140%～160%（w/v），择机摄点片。

【注意事项】

1．如不服产气剂，可吞钡后立即大口吞1.5%甲基纤维素钠溶液，亦

可获双对比效果。

2. 服钡后大口饮水和吞气，效果稍差，但简便易行。

3. 训练患者打嗝，也可使食管扩张充气，同样起到双对比效果。

胃双重对比检查

【适应证】

此法能显示胃小区和胃小沟，故适应于观察胃内微小病变，如早期胃癌、线 形溃疡和胃粘膜糜烂等胃内早期病变。

【禁忌证】

胃穿孔或消化道大出血者。

【检查方法】

1. 胃的清洁方法：检查前当晨应禁食禁水。胃潴留液过多，先抽空后再清洁胃粘膜表面的粘液层，其方法有以下几种：

(1)插管洗胃法：检查前 30min 口服 0.2% 琥珀酸液 150～200ml，内加 pronase30～50mg、氧化镁 0.2～0.3g、碳酸氢钠 1.0g、胃液分泌抑制剂(如奋乃静 3～5mg)；或采用温水 300ml，加 pronase30～50mg 和碳酸氢钠 1.0g，口服 20min 后插管吸出残液。

(2)引流法：检查 1.5h 服胃复安 1 片(10mg)，每隔 30min 再服 1 片，共 3 片。采用右侧卧位使胃残留液排空。该药能增加胃肠蠕动力，有助于排出胃液。

(3)洗胃引流法：用氯化钠 1.0g、西皮Ⅰ号粉 1～1.5g，30～40℃ 温水 100ml 搅拌均匀后服下，患者卧床连续翻滚 360°，3～4 次后取右侧位，使其顺位引流约 30min 即可使胃中液体逐步排至小肠内，达到清洁目的。

2. 配制 160%～200%(w/v)颗粒均匀型钡剂或 250%～300%(w/v)颗粒不均匀型钡剂。

3. 服钡后立即卧位向左和向右分别转动 360° 3～4 次，使钡剂涂布于胃壁表面。

4. 检查前 10min 给予山莨菪碱 20mg，肌注。

5. 检查时服产气剂或胃管注气。注意服产气剂时不要饮水过多(总量不超过 10ml)。

6. 转动患者、摄不同体位和不同部位的 X 线照片。以摄片体位来

说，应当有俯卧、仰卧位及其左、右斜位、半卧位及立位；从造影的图像来说，应当有粘膜相、充盈相、加压相和双重对比相，称之为四相。

小肠双重对比检查

【适应证与禁忌证】

基本同小肠钡剂灌肠，但此法对显示小肠内肿物及早期改变效果较佳。

【检查方法】

1. 检查前1d晚上用番泻叶10g冲服2～3杯(1 000～1 500ml)水，并进少渣易消化食物。检查当日禁食禁水。

2. 向十二指肠内插入带有侧孔的十二指肠导管达十二指肠空肠曲附近，然后以100ml/min的速度注入85%(w/v)的硫酸钡，然后再注入0.5%的甲基纤维素1～2L，以构成双重对比。

3. 钡气双重对比：注入85%(w/v)钡剂200ml，再注入适量空气。也可利用口服双重造影剂先行小肠充盈，然后服产气粉后卧位右侧抬高，使气体从胃顺利进入十二指肠和小肠，以构成双重对比。

4. 注射造影剂后在透视下逐段追踪观察，适当推压及转动体位，在双对比效果满意后摄点片。注意对病变部位应不同时间和不同位置照片。

结肠双重对比检查

【适应证】

此法适于检查结肠肿瘤、息肉和溃疡性结肠炎等病变。

【检查方法】

1. 肠道准备：检查前2d不吃多渣和蛋白类食物，只吃流质饮食或稀饭，检查前1d晚上用番泻叶10g开水冲服。检查当晨禁食、禁水，排净大便。检查前用温水清洁灌肠，经腹部透视后确定无肠道内粪便和气体后方可开始检查。亦可按结肠镜检查清洁肠道方法进行。

2. 钡剂调制：采用高浓度低粘度双重造影硫酸钡[60%～80%(w/v)]150～200ml。

3. 患者侧卧位插入Foley管，注气约20ml。然后仰卧注入钡剂，达

乙状结肠后左侧卧位，钡头通过结肠脾曲后，再转向右侧卧位，钡剂通过结肠肝曲后，患者立即立位，钡剂很快达盲肠，然后注气 500～800ml，致结肠扩张为止。

4. 常规摄全腹仰卧位、俯卧位和立位片，再摄左、右半结肠片和直肠侧位片。亦可根据病变部位局部摄片（包括压迫相）。

【注意事项】

1. 注气不可过多，以防肠破裂。

2. 注射山莨菪碱 20mg 后，应在 10～15min 内将钡剂注入到盲肠。否则，低张作用出现后，钡剂不易注入。

3. 青光眼、心脏病患者和前列腺肥大者不宜使用低张药物，可改用胰高糖素。

空气或钡剂复位灌肠

【适应证】

主要用于小儿肠套叠复位。

灌肠复位指征为：套叠发生在 24h 内，不超过 48h；患儿一般情况良好，无腹膜炎、肠坏死等征象。

【检查方法】

复位前应做腹部透视或摄片，了解肠气的多少和分布。肛门导管应使用双腔球囊导管将肛门堵住，以使肠管内保持一定的压力。注入空气或钡剂要缓慢而持续，可见气体或钡剂逐渐进入各段结肠。先找到套叠先端所造成的软组织块影或杯口状影，然后继续注气或钡剂促使肿块向近侧退回，可以使用镇静剂并用适当手法推模，促使复位成功。

复位成功标志为：杯口状或肿块影消失；大量气体或钡剂进入回肠；患儿症状马上消失，腹部柔软，血便消失，安静入睡。

【注意事项】

1. 复位灌肠时压力要适中，防止肠穿孔发生，利用空气灌肠复位机及自制灌肠装置可调制和维持压力 8.0～16.0kPa（60～120mmHg）

2. 复位时应有临床医生协助。如一旦发生穿孔，可见大量气腹表现，即腹部突然异常透明，肠壁清晰可见，立位可见膈下游离气体。如钡灌肠复位发生穿孔，可见钡剂进入腹腔，这时应尽快进行手术处理。

3. 严格掌握复位指征。

口服胆囊造影

【适应证】

主要用于观察胆囊的形态和功能。此法是测知胆囊浓缩功能的方法，可以诊断胆囊炎、胆石症、胆囊肿瘤等胆囊病变。

【检查方法】

造影前1d中午服高脂肪食物，目的是使贮存的浓缩胆汁排出，晚饭吃无脂肪和蛋白类食物。晚8时服造影剂(碘泛酸)共6片(3g)，每5min 1片。服造影剂后直至第2d摄影前禁食。第2d早8～10时，即服造影剂后12～14h胆囊区摄片。如胆囊显影良好，即服脂肪餐(油煎鸡蛋2个)，30～60min后再摄1片，观察胆囊收缩功能，正常情况下，60min后胆囊约收缩为原来大小的一半。脂肪餐后的照片有时可能看到部分胆总管。

【注意事项】

胃肠道吸收功能差、幽门梗阻、肝功能严重损害，明显的黄疸患者等均可致胆囊不显影。对胆囊病变的诊断需排除以上因素后才能做出。

静脉胆道造影

【适应证】

1. 多次口服胆囊造影不显影者。

2. 因胃肠道疾病，造影剂不易进入或难以吸收者。

3. 胆道疾病，如胆结石、炎症、肿瘤及先天性异常。

4. 胆囊疾患，如急慢性胆囊炎、胆囊结石、胆囊肿瘤和胆囊功能障碍等。

5. 胆总管外压性和胰头部肿瘤。

【禁忌证】

碘过敏者，肝肾功能严重损害及严重的阻塞性黄疸(血清胆红素超过4mg或黄疸指数超过30mg)和严重心脏病及甲状腺功能亢进者。

【检查方法】

1. 造影前准备：造影前用静脉注射法做碘过敏试验。检查前1d进高脂肪饮食，使胆道内胆汁充分排空，并于当日晚服缓泻剂，以排除肠道

粪便和气体，晚10时禁水。检查当日晨禁食，造影前腹部透视。如肠内容物或气体较多，可行清洁灌肠，然后摄胆囊区平片。

2. 检查步骤：患者仰卧，50%胆影葡胺20ml经静脉缓慢注射，约在5min内注射完毕。从注射开始计时，于20、40、60min摄片。20、40min主要观察胆管，如观察胆囊，除60min摄片外，可再摄120min片。胆管和胆囊显影满意后，即进高脂肪餐，餐后1h摄片，观察胆囊收缩排空情况。

【注意事项】

1. 为避免胆管影与脊柱重叠，一般取左前斜位30°摄片。

2. 如发现胆管胆囊不显影，除病理因素影响外，应注意有无胆道异位或肾盂、肾盏显影。必要时在透视下确定胆管胆囊位置后，再行摄片。

3. 对肝功能较差、血清胆红素较高者，可将上述剂量（或酌情加大剂量）加入5%葡萄糖液100ml内，30min静注完毕，然后立即摄片，此后再酌情摄片和进脂肪餐。

经"T"形管胆道造影

【适应证】

用于手术后胆道内有无残留结石、蛔虫、胆管狭窄及Oddi括约肌的通畅情况，从而决定是否终止引流或再次手术。凡带有"T"形管引流的患者，无严重的胆系感染、出血或胆汁不浑浊者，1～2周内均可进行。

【禁忌证】

严重胆系感染和出血，造影可使炎症扩散或引起再次大出血；心肾功能严重损害者；甲状腺功能亢进和碘过敏及有胰腺炎病史者。

【检查方法】

取仰卧位，将"T"形管常规消毒，接注射器后先使"T"形管和胆管中的胆汁和气体尽量排出或抽尽。在透视监察下，经"T"形管注入12.5%碘化钠或15%～25%的泛影葡胺20～30ml，胆管显影满意后，选择满意的充盈状态和良好的摄影位置及时机进行摄片。应注意造影剂量不超过60ml，注射造影剂时防止带入气体，以免误认气泡为阴性结石。

经皮肝穿刺胆道造影(PTC)

【适应证】

主要用于鉴别阻塞性黄疸的原因并确定阻塞部位。宜在手术前1d或手术开始前做此项检查。

【禁忌证】

由于该检查可发生腹腔内出血、胆汁性腹膜炎等并发症,有凝血机制障碍、年老、体弱、不准备施行手术者,不宜做此检查。

【检查方法】

1. 造影前常规做碘过敏试验。

2. 患者仰卧位,穿刺点可经多种途径,如肋弓下、腋中线或右背部。

3. 局部麻醉后,用细长穿刺针穿刺至肝脏深部,然后边退针边抽吸至抽出胆汁后立即停止,并固定好针的位置,将胆汁尽量抽出,然后注入25%~60%泛影葡胺40~60ml,也可视胆管扩大程度而确定造影剂用量,待充盈满意后摄片。此检查常在透视监察下进行,摄片后将造影剂尽量抽出然后拔针。

内窥镜逆行性胆胰管造影(ERCP)

此项检查是将十二指肠纤维镜送至十二指肠降段,经过乳头插入导管并注入造影剂,显示胆管或胰管。除用于胰腺疾病的诊断外,对胆管结石和肿瘤也有很大价值。特别是当静脉胆道造影尚难肯定诊断而胆管又无明显阻塞时,本法更为必要。造影剂常用60%泛影葡胺40~60ml,并采用不同体位摄片,以清楚地显示病变,本检查常在透视监察下进行,以保证安全并使摄影满意。

排泄性尿路造影(静脉肾盂造影IVP)

【适应证】

1. 肾、输尿管疾患(结核、肿瘤、畸形和积水)。

2. 证实尿路结石的部位,了解有无阴性结石。

3. 原因不明之血尿和脓尿。

4. 尿道狭窄不能插入导管或做膀胱镜检查者。

5. 了解腹膜后包块与泌尿系关系。

6. 用于肾血管性高血压的筛选检查。

【禁忌证】

严重的肝、肾和心血管疾患，甲状腺功能亢进，过敏体质，妊娠，多发性骨髓瘤及糖尿病并发酸中毒者和碘过敏。

【检查方法】

1. 造影前准备：

(1)碘过敏试验。

(2)造影前2～3d不吃易产气和多渣食物，并禁服铋剂或碘剂，以及含钙或重金属的药物等。

(3)检查前12h服缓泻剂(番泻叶10g冲服)，然后禁食、禁水。对老年长期卧床、习惯性便秘者，可提前2～3d每晚服缓泻剂。检查前1～2h清洁灌肠。造影前排尿，使膀胱空虚。

(4)摄腹部平片，包括双肾及膀胱区。

2. 检查方法：

(1)患者仰卧于检查床上，置2个圆柱形压迫器于脐孔的两旁，相当于输尿管经过处，用连以血压计的气袋覆盖其上，然后束紧压迫带，压阻两侧输尿管通路。

(2)静脉注射造影剂，成人用60%泛影葡胺20ml，小儿按1～1.5ml/kg体重计算。约2min内注完，即行气袋加压充气10.7～13.3kPa(80～100mmHg)，一般以能压迫输尿管使造影剂停留于肾盂、肾盏为宜。加压过高，会产生造影剂逆流。

(3)注射完毕后，7min摄第1片，即刻冲洗照片，以观察投照位置、条件，以及肾盂、肾盏显影情况。15min摄第2片，30min摄第3片。如双侧肾盂、肾盏显影满意，除去腹压带，输尿管和膀胱充盈，并摄全尿路片。如一侧肾盂、肾盏显影不佳，应延长摄片时间。如肾盂积水，按常规时间摄片不显影者，可在数小时后再摄片。若疑肾下垂或游走肾，应加摄立位片。

(4)另外还有双倍剂量法、大剂量静脉滴注法和肾实质法等。主要用于肥胖者、儿童及腹部不易加压者，可视病情需要选用。

逆行肾盂造影

【适应证】

用于排泄性尿路造影显影不良或不适于做排泄性尿路造影者，如心、肝、肾功能差，以及碘过敏、严重肾结核、肾积水及先天性多囊肾。

【禁忌证】

1．尿道狭窄不能做膀胱镜检者。

2．急性下尿道出血及感染。

3．严重的心血管疾患。

【检查方法】

1．在膀胱镜检查时，将输尿管导管插入输尿管（导管头一般在肾盂下方1个椎体为宜），缓慢注入12.5%碘化钠或10%～25%泛影葡胺5～10ml而使肾盂显影。对肾盂积水者就酌情增加造影剂量。

2．注射完毕后，待肾盂、肾盏充盈满意立即摄片，必要时加摄侧位和斜位片。

3．注射速度不宜过快，压力不能过高，用量不易过大，以免造影剂外溢而影响诊断，且患者会引起剧痛。

膀胱造影

膀胱造影是将导尿管插入膀胱，然后注入造影剂使膀胱充盈显影，以观察膀胱的大小、形态、位置及其毗邻关系。排泄性尿路造影也可利用排入膀胱的造影剂而显影。

【适应证】

1．膀胱肿瘤、炎症、结石，发育畸形和憩室等疾患。

2．观察前置胎盘、盆腔肿瘤和前列腺病变与膀胱的关系。

3．脐尿管未闭合和输尿管囊肿。

【禁忌证】

膀胱及尿道急性炎症。

【检查方法】

1．按常规法插入导尿管，通过导尿管注入3%～6%碘化钠溶液100～200ml；或根据病情酌减，摄正位片。根据检查要求加摄左、右斜位，

侧位或立位片。

2. 疑有输尿管反流，可在患者排尿状态下进行摄片。

3. 膀胱气钡造影有利于显示粘膜病变。

尿道造影

【适应证】

尿道造影适应于男性尿道的狭窄、结石、肿瘤及先天性畸形等。

【禁忌证】

尿道急性炎症、出血及碘过敏。

【检查方法】

1. 用导尿管或注射器紧贴尿道口，注入 12.5% 碘化钠或 5% ~ 25% 泛影葡胺使尿道显影。

2. 可利用排泄性尿路造影使膀胱充盈满意后，嘱患者边排尿边摄片。

3. 摄片位置应包括正位、斜位片，以观察尿道全貌。

子宫输卵管造影

【适应证】

1. 不孕症：寻找不孕症的原因，如子宫位置或形状异常、子宫炎症、结核或肿瘤，确定输卵管有无阻塞的原因和位置。

2. 生殖器官畸形。

3. 寻找子宫出血原因。

4. 各种绝育措施后观察输卵管情况。如需要将输卵管再接通，术前须做造影。

【禁忌证】

1. 生殖器官急性炎症。

2. 高热或严重全身性疾病。

3. 月经期或子宫出血，妊娠期。

4. 子宫恶性肿瘤。

【检查方法】

1. 造影前准备：一般选择月经干净后 5 ~ 10d 内施行。时间太早则

子宫内膜有创面，碘油可造成油栓；太晚则子宫内膜增生，可能对某些病变不易显示。事先应查明子宫和阴道情况。造影前清洁外阴，排空大小便。透视下将5～8ml造影剂(40%碘油或25%泛影葡胺)徐徐注入，待子宫与输卵管充盈后即可摄片。如使用碘油造影，24h后，再摄一片观察造影剂在腹腔的弥散情况。

2. 摄片时可根据具体病变检查要求选择适当方法，如斜位等。

心脏大血管造影

【适应证】

1. 先天性心脏病、心瓣膜病及大血管疾病(如动脉炎或动脉瘤)，手术前的确诊和病变程度及范围的判定。

2. 冠心病须明确动脉病变程度、分布及侧枝循环情况，以明确诊断、判断预后及决定溶栓治疗和手术治疗者。

3. 判断室壁局部运动及左室功能者

【禁忌证】

1. 严重肝、肾功能损害。

2. 碘过敏或造影剂过敏试验阳性，以及明显过敏体质。

3. 严重甲状腺功能亢进。

4. 严重冠状动脉病变或近期有心力衰竭者，以及近期内感染发热者。

【检查方法】

1. 术前准备同心导管检查。

2. 造影方法：

(1)右心造影：一般先做右心导管插入，心导管检查结束后，随后将导管端定位于右心房、右心室或肺动脉内，再注入造影剂。造影剂使用76%泛影葡胺1ml/kg体重(超过50kg者仍按50kg计算)，儿童可按1.2～1.5ml/kg体重计算。总剂量不超过2ml/kg体重。造影剂注入采高压注射器(15～25ml/s)。摄片采用快速连续摄影装置或X线电影，也可做连续磁带录相。主要用于右心及肺血管的异常及先天性心脏病右至左分流的紫绀型心脏病变的诊断。

(2)左心室造影：经股动脉或肱动脉插管，导管经主动脉推进，通过主

动脉瓣进入左心室。导管顶端深入至心尖附近，但在心腔内应保持游离状态。主要用于观察左室流出道狭窄、先天性心脏病左向右分流、二尖瓣关闭不全和室壁瘤等病变。

(3)胸主动脉造影：经股动脉或其他周围动脉穿刺送入导管，逆行至升主动脉内，在主动脉瓣上方 2～3cm 处，以避免大量造影剂注入冠状动脉。注入造影剂时压迫双侧颈动脉，避免高浓度造影剂大量进入脑血管发生意外。适用于主动脉瓣关闭不全、大动脉左向右分流及主动脉病变的诊断。

(4)腹主动脉造影：经股动脉插管至腹主动脉上方(T_{12}或 L_1 水平)，然后注入适量造影剂。适用于检查腹主动脉本身的病变，如大动脉炎、动脉瘤、肾动脉及髂动脉狭窄等。

【注意事项】

1. 造影前做好过敏试验。

2. 对患者详细解释，清除其思想顾虑和紧张情绪。

3. 检查全部造影设备，保证运行正常。

4. 准备好各种抢救设备和药物，确保患者安全。

脑血管造影

【适应证】

颅内占位病变、血管疾病及头面部血管病变及血管性肿瘤。

【禁忌证】

严重出血倾向、穿刺部位感染、碘过敏及严重肝肾功能衰竭。

【检查方法】

1. 术前准备：

(1)碘过敏试验。穿刺部位皮肤准备。检查前 4h 禁食。

(2)术前应用巴比妥类药镇静。全麻者术前 30min 皮下注射东莨菪碱或阿托品。

(3)做好患者思想工作，取得患者合作。

2. 选用经皮穿刺法或导管法，将造影剂注入颈动脉或椎动脉使脑血管显影，一般取正、侧位照片，快速连续摄影应包括动脉期、微血管期和静脉期相。

3. 拔针后穿刺点压迫止血，加压包扎。

【注意事项】

1. 全身反应多为造影剂所致。反应严重时，应立即终止造影，进行抢救。

2. 穿刺部位血肿较大时可引起呼吸困难。应积极采取措施处理。

3. 应注意空气栓塞及脑血管痉挛导致的脑缺血症状。

支气管造影

【适应证】

用于诊断支气管扩张、支气管及肺内肿瘤、支气管炎性狭窄及原因不明的咯血等。

【禁忌证】

急性呼吸道及肺部感染、近期大咯血、发热及严重心肺功能不全等。

【检查方法】

1. 造影前准备：检查前做碘过敏试验；术前 4h 禁食，半小时前服镇静剂，皮下注射阿托品 0.5mg，以减少腺体分泌；痰多者术前 1d 进行排痰，并给以化痰药促使痰液排出。术前常规照胸部后前位片。造影剂用 40% 碘油或 50%～60% 硫酸钡胶浆，加入磺胺嘧啶粉 6～10g、羧甲基纤维素适量制成混悬液，调制适当粘度，使能进入小支气管，而不能进入肺泡。

2. 将导管经鼻插入气管，在此之前用 1% 丁卡因喷雾麻醉咽喉部。透视下将导管端置于气管隆突上方 1～2cm 处，缓慢注入麻醉剂，以麻醉各叶支气管。透视下控制体位（多采用半立位）注入造影剂，待支气管充盈满意后（充盈至 5～6 级支气管），摄正位、左前斜或右前斜位片以及侧位片。然后拔出导管，做体位引流，排出造影剂。如双侧支气管造影，造影应分侧进行，以病变侧或病变较重侧先行造影。

【术后处理】

术后禁食 3h，采取体位引流并鼓励患者尽量咯出造影剂，嘱其多饮水或口服氯化铵合剂，以促进造影剂排出体外。术后应常规服抗生素预防感染。

椎管造影

椎管造影是将造影剂引入脊椎蛛网膜下腔中，通过改变患者体位，在透视下观察其在椎管内流动情况和形态，用来诊断椎管内病变。

【适应证】

椎管内肿瘤和蛛网膜粘连、脊髓压迫症须确定病变部位和性质者。

【禁忌证】

穿刺部位皮肤有感染者，有骨畸形和骨质破坏者，急性蛛网膜下腔出血、脊髓炎患者，对碘过敏者。

【检查方法】

1. 造影剂：碘苯脂 3～6ml，但目前被非离子性水溶性有机碘剂（如依索显等）逐渐取代，剂量 10ml，应在注射后 0.5h 检查完毕，否则会很快吸收。

2. 检查步骤：

(1) 上行造影法：腰椎穿刺成功后注入造影剂（碘苯脂或依索显、阿米培克、欧米培克）。注射呈连续性，注完后拔针，取头低脚高位透视下观察造影剂流动情况，在受阻部位摄片，位置应包括仰卧、俯卧正位和水平侧位，左、右斜位及侧位片。此法适用于上胸段以下病变。

(2) 下行造影法：即在小脑延髓腔穿刺注入造影剂，头高脚低观察碘剂流动情况，在病灶阻塞部位摄片。

【注意事项】

1. 下行造影法，穿刺时注意进针不要太深，以免刺入延髓造成严重后果。

2. 上行造影法，头不宜过低，防止造影剂进入颅内蛛网膜下腔。

3. 注射造影剂时应用力均匀、连续，使造影剂呈柱状，便于观察和诊断。

【注意事项】

1. 造影后原有症状加重，应及时对症处理，如病变肯定，应及时手术。

2. 造影剂碘油误入颅腔，引起头痛、恶心、呕吐，可取头高位使其流入椎管，诊断明确可抽出碘油或手术放出。

第三节　数字减影血管造影(DSA)

数字减影血管造影(Digital Subtraction Angiography,简称 DSA)是基于数字电子学和高敏感度影像增强器的发展,采用血管内注入造影剂通过减影技术,消除与血管重叠阴影,使心血管清晰显影。1977 年 Nudelman 获得第 1 张 DSA 像,1980 年问世。它是影像诊断中又一新的检查技术,已在临床推广应用。

一、设备及工作原理

主要设备包括:①大容量 X 线机;②高质量影像增强器及高分辨力摄象管;③电子计算机;④操作台、监视器、多帧照相机;⑤高压注射器。血管造影时,注射造影剂前获得检查部位的透视影像,并转换成数字信息,通过综合取得蒙片图像,这个综合图像贮存在一记忆器上。当注射造影剂后动脉显影,另一组透视影像再次综合,经过与蒙片图像的减影,就显示了没有其他解剖结构重叠的血管结构影。

二、检查方法

1. 静脉数字减影血管造影(IVDSA):IVDSA 有外周法和中心法 2 种。外周法将导管置于静脉腔内注射造影剂;中心法则将导管插入到上腔静脉近心房处或经股静脉插管到下腔静脉近心房处注入造影剂,二者均可获得动脉造影。此法操作方便,省时,不需要特殊准备,门诊患者均可检查。

2. 动脉数字减影血管造影(IADSA):均采用 Seldinger 插管技术,经股动脉穿刺途径。也可从腋动脉途径插管插入靶动脉内进行造影。

三、临床应用

1. 头颈部:对动脉狭窄、阻塞,动脉瘤,头部肿瘤和动静脉畸形有重要诊断价值,可以显示肿瘤血和肿瘤染色、供血动脉和引流静脉。

2. 胸部:对夹层主动脉瘤,主动脉狭窄、扩张,心肌梗死,肥厚性心肌病和先天性心脏病均可清晰显示。除能显示其大小和范围,还能进行血液动力学的生理参数测定。

3. 腹部:适用于肝肾肿瘤、肾血管畸形和腹部动脉狭窄,特别是对肾

血管异常的诊断具有高度的正确性。

4. 四肢：用于四肢动脉及其十支的狭窄和闭塞及带囊导管扩张术后和血管移植，以及旁路手术后的随访观察。

四、DSA 的优缺点

1. DSA 优点：①简单、安全和费用低廉；②造影剂用量小，仅是常规动脉造影检查的 40%～60%；③浓度低，2%～3% 浓度的造影剂就能在 DSA 上显示，并产生同样对比；④可实时观察病变，通过多次注射还能较全面地显示病变范围。

2. DSA 缺点：有时会产生运动伪影，如呼吸吞咽动作、肌肉活动、肠蠕动以及血管壁明显搏动均会由于伪影而影响图像质量。另外，是空间分辨率不如常规动脉造影。

3. IVDSA 与 IADSA 优点：

(1) IVDSA 时间短，患者痛苦小，不必住院检查，胶片用量少，血管内造影剂浓度低于 2%～3% 时仍可清晰显影。但对动脉显示差，造影剂用量较大。

(2) IADSA：可减少造影剂用量(3～20ml)，不必做超选择性插管，减少胶片消耗和数字化信息可贮存并实时显示。

第四节　X 线电子计算机体层摄影(CT)

CT 是 Hounsfield 在 1969 年设计成功，1972 年公诸于世。它是计算机与 X 线检查技术相结合的产物，已广泛应用于临床疾病的诊断。

一、CT 的结构和分型

(一)结构：

(1) X 线发生部分：包括高压发生器、X 线球管、扫描框架和冷却器等。

(2) X 线检测部位：包括检测器、检测回路及模数转换器等。

(3)图像处理部分：包括电子计算机、图像显示器、磁盘、磁带机、宽行打印机和电传打字机等。

(4)操作、控制部位为整个 CT 操作或控制的指令部分。

(二)分型:以其适用范围分为头部和全身 CT 机 2 类;按研制过程发展可分为一、二、三、四……代。主要表现在从扫描方式的平移/旋转、旋转/旋转,逐渐过渡到旋转/固定及螺旋扫描;矩阵图像的像素从最初的 80×80,改为 160×160、256×256、320×320,以至 512×512。而目前最先进的 CT 机矩阵图像像素为 1 024×1 024。扫描层面单位组织的大小也从 3mm×3mm×13mm 逐步缩小至 0.8mm×0.8mm×1.5mm 以下;扫描时间从原来的 3~6min 左右逐渐缩短到 10~90s 和 1~5s;检测器从最初的 3~60 只(一、二代产品)逐渐增加到 300 只(三代),最多达 420~1200 只(四代)。目前 CT 已发展到高分辨力 CT(HRCT)和螺旋体积 CT 扫描(SVCT)。

二、CT 的基本工作原理

CT 是用 X 线束对人体某部位按一定厚度的层面进行扫描,由探测器接收该层面的 X 线,转变为可见光后,由光电转换器转变为电流,再经模拟/数字转换器(analog/digital converter)转为数字,输入电子计算机处理。图像形成的处理有如对选定层面分成若干个体积相同的长方体(即体素),扫描所得信息经过计算而获得每个体素的 X 线衰减系数或吸收系数,再排列成矩阵(即数字矩阵)。数字矩阵可存贮于磁盘或磁带中。经数字/模似转换器把数字矩阵中的每个数字转为由黑到白不等灰度的小方块(即像素),并按矩阵排列,即构成 CT 图像。所以 CT 图像是重建图像。

三、CT 图像特点

1.CT 图像是由一定数目由黑到白不同灰度的像素按矩阵排列所构成,这些像素反映的是相应体素的 X 线吸收系数。不同 CT 装置的像素大小及数目不同。

2.CT 图像是以不同的灰度来表示,反映器官和组织对 X 线的吸收程度。所以,它与 X 线图像所示的黑白影像一样,黑影表示低吸收区,即低密度区;白影表示高吸收区,即高密度区。但是 CT 与 X 线图像相比,CT 的密度分辨能力高,最突出的特点是在密度差别虽小,吸收系数接近于水的人体软组织,也能形成对比而成像。

3.CT 可以用组织对 X 线的吸收系数说明其密度的高低,具有一个量的概念,CT 值就是量的概念的代表。它是从人体各组织器官的 X 线

吸收系数 μ 值换算而来，用来说明密度的高低。单位为 Hu(Hounsfield unit)。人体中密度不同的各种组织的 CT 值居于 -1 000 ~ +1 000Hu 的 2 000个分度之间。水的吸收系数为 1.0，CT 值定为 0Hu；密度最高的骨皮质吸收系数最高，CT 值定为 +1 000Hu；而空气密度最低，CT 值定为 -1 000Hu。

4.CT 图像是断面图像，常用是横断面。为了显示整个器官，需要多个连续的层面图像。通过 CT 设备上图像重建程序的使用，还可获得冠状面和矢状面的层面图像。

四、CT 检查技术

患者卧于检查床上，摆好位置，选好层面厚度与扫描范围，并把被扫描部位伸入扫描架孔内，即可进行扫描。患者在扫描时不要动，胸、腹部扫描要停止呼吸，因为轻微移动或活动均可造成伪影、影响图像质量。层面采用横断层扫描，层厚用 5mm 或 10mm，特殊需要可选用薄层，如 2mm。

CT 检查分平扫、造影增强扫描和造影扫描检查：

1. 平扫：指不用造影增强或造影的普通扫描。一般都先做平扫。

2. 造影增强扫描：是经静脉注入水溶性有机碘(60% ~ 70% 泛影葡胺 60ml)后再行扫描的方法。血内碘浓度增高后，器官与病变内碘的浓度可产生差别，形成密度差，可使病变显影更为清楚。方法分快速静注法、静滴法和静注法几种。

3. 造影扫描：是先做器官或结构的造影，然后再行扫描的方法。

五、CT 诊断的临床应用

1.CT 对中枢神经系统疾病的诊断价值较高，应用普遍。对颅内肿瘤、脓肿与肉芽肿、寄生虫病、外伤性血肿与脑损伤、脑梗死、脑出血、椎管内肿瘤与椎间盘脱出等病诊断结果可靠。

2.CT 对五官疾病的诊断也有重要价值。对眶内占位病变、鼻窦早期癌、中耳小的胆脂瘤、听骨破坏以及早期鼻咽癌的发现都有很大帮助。

3. 胸部 CT 可发现较小的肺癌及肺门及纵隔淋巴结转移。

4. 腹部和盆部器官 CT 检查可发现肿瘤和囊肿以及淋巴结转移。

5.CT 检查的进展：高分辨力 CT(HRCT)主要用于研究弥漫性胸部疾病，如职业病、胶原病和免疫缺陷病等；螺旋体积 CT(SVCT)用来研究

人体肺二维和三维像，能得出优质支气管和支气管树系统像。

六、CT 片的阅读基本知识

1. 熟悉身体各部位横断面上的解剖结构，对病变定位、定性十分重要。

2. 按扫描层次顺序阅片，先观察平扫，后观察增强扫描。

3. 根据检查的目的和要求，选择合适的窗宽和窗位观察图像。

(1)窗宽：CT 值的范围。在窗宽范围内的 CT 值才有灰度变化，窗宽范围以外的 CT 值，一律显示为黑色或白色的阴影。

(2)窗位：即窗宽所表示 CT 值范围的中心。只有窗位选择恰当才能更好地显示不同组织的密度。

4. 注意识别图像中的伪影和部分容积效应。

七、CT 图像质量的评价指标

1. 空间分辨率：所表示的为影像中能显示的最小细节(用 LP/cm 表示)。

2. 密度分辨率：所表示的为能显示的最小密度差别(用% 表示)。

3. 伪影：患者不自主运动。条状伪影、环状伪影和假皮层灰质伪影和机器本身性能有关。

4. 图像格式：成像范围(扫描野大小)和图像像素(矩阵)。

八、CT 检查的优点和限度

1. 优点：

(1)对软组织密度分辨力高(为 0.5%～1.0%)，普通 X 线检查不能分辨的软组织，CT 也可很好地分辨。

(2)能够提供真正的断面图像，以分析受检部位的解剖细节，有助于病灶定位。

(3)检查安全，基本上无创伤，能迅速得出诊断结果。

2. 限度：肠道疾病，检查效果不如钡剂造影、胃肠镜检查。脊髓病变及肿瘤需与 MRI 和脊髓造影配合才能确诊。腹部、盆部病变应以 B 型超声检查为主。

第五节　磁共振成像术(MRI)

MRI 是 80 年代以来应用于临床的最新的医学影像学检查方法，由于其空间分辨力高，无骨质伪影，可多层面多方位扫描及可三维成像，能做无创伤性血管造影，能增强扫描，解剖结构清晰，对全身各系统疾病均具有很高的诊断价值，尤其是对中枢神经系统病变诊断结果更为准确，已成为临床各科诊断中不可缺少的重要检查手段。它是继 X 线、CT 之后的又一重大发展。

一、MRI 基本原理

含有单数质子的原子核(广泛存在于人体内蛋白质、脂肪、糖及各种体液中的氢原子核)具有自旋及磁矩的物理性，并且以一种特定方式绕磁场方向旋转，这种旋转称为进动或旋进。用一个频率与进动频率相同的射频脉冲激发所检查的原子核，将引起共振，即核磁共振。在射频脉冲的作用下，一些原子核不但发生相位变化，并且吸收能量后跃迁到高能状态。在射频激发停止后，原子核的相位和能级都恢复到激发前状态，这个过程称为弛豫。处于不同物理、化学状态下的质子，在射频激发和激发停止后，其相位的变化和能量传递与复原的时间，即所谓的弛豫时间，其长短各不相同。弛豫时间有 T_1 和 T_2 2 种。T_1 弛豫时间又称纵向弛豫时间、热弛豫时间或自旋－晶格弛豫时间，为物质放置于磁场中产生磁化所需之时间，也即继 90°射频脉冲从纵向磁化转为横向磁化之后恢复到纵向磁化所需时间。单位 T_1 时间即恢复到 63% 所需时间。弛豫时间 T_2 又叫横向弛豫时间或自旋－自旋弛豫时间，为在完全均匀的外磁场中，横向磁化所维持的时间；也即继 90°射频脉冲之后，共振质子保持相干性或保持在相位中旋进的时间。这种相位的变化将导致相干性的丧失，每丧失 37% 的时间相当于 1 个单位的 T_2。人体不同器官的正常组织与病理组织的 T_1 是相对固定的，而且它们之间有一定的差别，T_2 也是如此。这种组织间弛豫时间上的差别，就是 MRI 的成像基础。因此，获得选定层面中各种组织的 T_1(或 T_2)值，就可获得该层面中包括各种组织影像的图像。质子密度、T_1 和 T_2 弛豫时间，都是 MRI 的重要成像参数。

二、MRI 设备

MRI 设备包括磁体、射频线圈、接收线圈和梯度磁场线圈，以及图像处理和显示系统等部分，而图像显示部分和数据处理与 X 线 CT 扫描装置相似。以其主磁体的结构种类不同，MRI 扫描机分为常导型、超导型、永磁型和混合型 4 种。常导型的线圈用铜、铝线绕成，磁场强度最高可达 0.15～0.3T；超导型的线圈用铌－钛合金线绕成，磁场强度一般为 0.35～2.0T，用液氦及液氮冷却；永磁型的磁体由用磁性物质制的磁砖组成，磁场强度最高可达 0.3T。

三、MRI 的图像特点

1. 灰阶成像：正常与病变组织，均具有一定的 T_1 差别，转为模拟灰度的黑白影，则可使器官及其病变成像，而显示的病变同解剖结构的关系明确逼真。MRI 影像反映的是 MR 信号强度的不同或弛豫时间 T_1 与 T_2 的长短，而不像 CT 图像，灰度反映的是组织密度的差别。T_1 加权像（T_1 Weighted image），它反映的是组织间 T_1 的差别。T_2 加权像（T_2 Weighted image）主要反映组织 T_2 的差别。因此，一层面可有 T_1 加权像和 T_2 加权像 2 种成像方法，分别获得 T_1 与 T_2 加权像有助于显示正常组织与病变组织。所以 T_1 加权像有利于观察解剖结构，而 T_2 加权像则有利于显示病变组织的特点。短 T_2，MR 信号强，影像白（如脂肪）；长 T_1，MR 信号弱，影像黑（如骨骼、空气含氢量少）；长 T_2，MR 信号强而呈白影（如脑脊液）。

2. 流空效应：心脏血管内的血液由于迅速流动，使发射 MR 信号的氢原子核居于接收范围之外，所以测不到 MR 信号，在 T_1 或 T_2 加权像中均呈黑影，即流空效应（flowing void effect）。这一效应可使心血管显影。

3. 三维图像：MR 可获得人体横断面、冠状面和矢状面的断面图像，有利病变准确定位，而 CT 难以做到。

4. 运动器官成像：采用呼吸门控和心电图门控成像技术不仅能改善心脏大血管的 MR 成像，还可获得其动态图像。

四、MRI 检查技术

MRI 扫描不仅要横断面图像，还常需要矢状面或（和）冠状面图像，还要获得 T_1 加权像（所谓“加权”，是在 MRI 图像上以哪种图像占的成分多，同时含有其他成分像。如 T_1 加权像就是该图像以 T_1 成分为主，此外

还有 T_2 和质子密度像)和 T_2 加权像。所以,检查时需选用适当的脉冲序列和扫描参数。常用多层面,多回波的自旋回波(SE)技术。扫描时间参数有回波时间(TE)和脉冲重复间隔时间(TR)。使用短 TR 和短 TE 可得到 T_1 加权像,而用长 TR 和长 TE 可得到 T_2 加权像。时间以毫秒计算。MRI 扫描时间与成像时间较长,一般需要 8～16min,因此,对患者的制动非常必要,需取得患者的充分合作。

带有心脏起搏器的患者,体内有金属异物者,体内有手术残留金属银夹者禁忌进行 MRI 检查。否则,由于这些金属物受磁场影响而旋转,导致周围血管破裂大出血。进行检查前应将带有顺磁性的金属物,如手表、眼镜、金项链、金属钮扣、钢笔、皮带等,事先取下保存,勿带入检查室内,以免发生意外。有金属节育环者,盆腔部位 MRI 检查需取环后进行。

盆腔检查,须待膀胱充盈一定程度后进行,以利于衬托出盆腔内的正常结构,发现异常改变。

五、MRI 诊断的临床应用

1. 颅脑和脊髓:MRI 检查应用于颅脑疾病最早、最多、最广,已发展至成熟阶段,目前已取代了许多 X 线 CT 的任务。特别是 MRI 对比剂使用后,MRI 取代 X 线 CT 的范围将日益广泛。一般采用 T_1 加权和 T_2 加权成像程序相结合,以做出正确诊断。为节省时间,往往只用其中 2 个,甚至 1 个断面进行扫描。常用的成像脉冲序列为自旋回波(SE)。能清晰分辨灰白质和基底节等。

(1)脑内血肿:脑内血肿的磁共振成像表现与血肿的期龄关系十分密切,各不同期龄的 MRI 特征取决于血肿所含成分。①过急性血肿:表现为占位效应(邻近组织和中线结构受压移位),血肿本身无信号强度变化;②急性期血肿:表现与过急性期相仿,但 T_2 加权像血肿强度有所降低,与周围水肿带形成鲜明对比;③亚急性期和慢性期:T_1 信号强度增高。前者血肿中心呈等信号强度,后者在 T_2 加权像上可见一低信号边缘层(含铁血黄素沉着)。

(2)脑外血肿:硬膜下血肿,过急性期 T_1 和 T_2 加权像上均略高于脑实质信号强度;急性期 T_2 缩短(低信号),T_1 加权像与脑实质信号强度相似;亚急性期表现为短 T_1 长 T_2(均为高信号强度),而在 CT 上常为等密度血肿。慢性期 T_1 仍高于脑脊液信号强度,T_2 为高信号。

硬膜外血肿 MRI 表现与硬膜下血肿相似，但在脑和血肿之间有一层低信号强度的纤维硬膜相隔。

(3)脑肿瘤：脑肿瘤的 MRI 信号特征主要与肿瘤的含水量，特别是细胞间隙的含水量有关。它在 T_1 和 T_2 加权像上分别表现为低和高信号强度区(即长 T_1 长 T_2)，同时还能显示其肿瘤的占位效应。

1)胶质瘤：良性者 MRI 信号强与正常脑组织相仿；恶性胶质瘤 T_1、T_2 均延长，还能显示肿瘤囊变、坏死和出血及不同程度的周围水肿区。

2)垂体瘤：显示垂体瘤用 T_1 加权冠状面薄层扫描，如用 Gd－DTPA(顺磁性造影剂)增强，显示率更高。典型表现为一低信号强度灶。

3)脑膜瘤：MRI 诊断主要依靠肿瘤所造成的邻近解剖结构变形和伴发的脑水肿，占位效应不甚明显。Gd－DTPA 增强后，T_1 加权像上呈现为边缘清晰的高信号区。

4)听神经瘤：早期表现为局部神经增粗，后期形成肿块。T_1 呈等信号强度，T_2 常为高强度信号。Gd－DTPA 明显增强其信号。

5)转移瘤：T_1 和 T_2 时间均延长，T_1 表现为低信号区，T_2 呈现高信号区。

(4)颅内动脉瘤：MRI 不需造影剂就可显示动脉瘤。不伴血栓形成的动脉瘤在 T_1 或 T_2 加权像上，呈现为圆或椭圆形的囊状或梭形无信号区，边界清晰锐利。

(5)动静脉畸形：MRI 不但能精确地显示其大小和部位，还能显示出供血动脉和引流静脉。动静脉畸形由于血流迅速，在 T_1 和 T_2 加权像上，显示为蜿蜒状、条状或点状(血管断面)的无信号区。

(6)脑缺血(脑梗死)：脑梗死实验证明，血管阻塞后 1～2h 即可有阳性发现，6h 均可出现典型表现。脑缺血后，T_1 和 T_2 均延长，缺血区在 T_1 加权像上表现为低信号强度，在 T_2 加权像上呈现高信号强度。T_2 加权像对显示梗死极为敏感。

(7)椎管内肿瘤：椎管内肿瘤横断面和矢状面的 T_1 加权像，能明确肿瘤的部位、范围，以及它和脊髓的关系。硬膜外肿瘤信号强度可略高或与脊髓相仿，并见软组织肿块推移鞘膜囊。硬膜下髓外肿瘤(神经纤维瘤和脊膜瘤等)，T_1 高于脑脊液的信号强度，T_2 信号增强；脂肪瘤、皮样囊肿或表皮样囊肿，T_1 呈现高信号。髓内肿瘤显示局限性脊髓增粗，病灶与

正常结构之间界线不清。T_1 可见边界不清的点状低信号区，T_2 显示为不规则的信号增强区。

(8)脊髓空洞症和脊髓积水：在 T_1 加权像上，积水区显示为低信号区，并可见相应节段的脊髓增粗，在矢状面成像可清楚显示。

2.MRI 在其他系统疾病的应用：

(1)腰椎间盘突出：该病常发生于腰 4～5 和腰 5～骶 1，由于髓核变性失水，突出的髓核信号强度降低。早期部分信号强度可增高。

(2)膝关节半月板损伤：正常时半月板呈现为低信号强度区(T_1 加权像)，损伤时表现为中等信号强度的缺损或裂隙。

(3)原发性肝癌：原发性肝癌可分为巨块型、结节型和弥漫型。T_1 加权像上，多数表现为低信号强度灶，但也可为等信号或高信号强度灶，T_2 为高强度信号灶。

六、MRI 增强剂与碘对比剂的区别

1．碘对比剂：电子密度高，能吸收较多的 X 线而产生对比作用。

2.MRI 增强剂：是通过变更局部磁性环境发挥作用，即通过改变被检测组织的氢浓度、温度、粘滞度及原子运动方式等来增强对比度。它不能直接从图像上看到。顺磁性物质能使局部磁场缩短邻近氢核的弛豫时间，明显缩短邻近氢核的 T_1 和 T_2 值，产生较高的 MR 信号强度。

第六节　介入性放射学

介入性放射学或称手术放射学(Interventional Radiology)，它是指在 X 线电视、CT、B 型超声的影像监视下，将特殊的导管和器械插到人体病变部位，取得组织学、细菌学、生理和生化资料，在进行诊断的同时，进行各种特殊的治疗。

经导管栓塞术(TCE)

[适应证]

1．恶性肿瘤的术前准备与姑息性治疗，如脑膜瘤、鼻咽血管纤维瘤、原发性肝癌、肾及肾上腺肿瘤、腰椎及盆腔肿瘤的栓塞治疗。它具有减少·

术中出血，缩短手术时间，避免肿瘤扩散和延长患者生命的优点。肿瘤栓塞采用无水酒精、碘化乳剂等长效栓塞剂。

2. 治疗动脉瘤、动静脉畸形和动静脉瘘，特别是中枢神经系统的血管畸形（如脑深部的血管病变和脊髓的静脉畸形）具有更大的治疗价值。栓塞剂采用不锈钢圈或可脱离球囊。

3. 控制出血：用于一般方法不易控制的外伤出血，食道静脉曲张破裂出血、消化道出血、大咯血及肿瘤出血和鼻及颌面部的出血。栓塞剂采用明胶海绵、无水酒精、不锈钢圈等。

4. 治疗脾功能亢进，采用栓塞脾动脉的脾内分支，可消除脾功能，又不影响脾的免疫功能。

5. 内科性肾切除：肾血管性高血压采用选择性肾内狭窄动脉分支栓塞，即可消除症状又可保留肾脏。伴有恶性高血压的晚期肾衰患者，栓塞可以起到控制高血压、肾性贫血和蛋白尿，改善患者一般情况，为肾移植创造条件。

【禁忌证】

1. 发热、感染或局部皮肤感染。

2. 妇女月经期或妊娠期。

3. 心力衰竭、肝肾功能障碍或极度衰竭不能接受介入治疗者。

4. 肝癌门静脉癌栓形成，否则会迅速出现肝坏死。

5. 对造影剂过敏者。

6. 凝血机制障碍及出血倾向。

【检查方法】

1. 术前准备：

（1）检查目的应明确，同时参考其他实验室检查结果。

（2）做好患者术前的思想工作，讲明其治疗方法、意义及可能出现的意外。

（3）局部备皮，做碘过敏试验。

（4）查出、凝血时间及肝肾功能。

（5）术前给予镇静剂、咳嗽者给以止咳药。

（6）术前禁食 12h，腹部病变者应做肠道准备。

（7）准备术中急救药品及器材。

2. 检查步骤:经皮穿刺血管成功后插入导管到所栓塞血管,然后置入栓塞物质。可经股动脉或颈动脉及股静脉插管。栓塞后应重复造影,观察栓塞效果。将栓塞物送到栓塞部位使用的导管有血管造影导管、球囊导管和滞漏口的球囊单腔导管3种。栓塞物置入方法有:①流控法:即在靶血管血流开放的情况下注入栓塞物,使其随血流漂向所要栓塞的血管达到栓塞目的;②阻控法:即血管造影导管端或带球囊的导管直接阻断靶血管血流,然后注入栓塞物。

【副反应】

(1)发热、感染、恶心、呕吐、反射性肠郁张或麻痹性肠梗阻(栓塞后综合征)。

(2)栓塞物进入正常血管可造成正常器官的缺血、梗死或坏疽等,故在操作中必需观察导管位置,避免栓塞物逆流。

【术后处理】

1. 栓塞结束,导管拔出后,即盖敷料于穿刺部位,用手按压20min,以防局部出血或血肿形成。

2. 术后24h内绝对卧床休息,局部用砂袋加压,并用抗生素预防感染。

3. 及时发现和处理并发症。

经导管皮穿刺血管腔内成形术(PTA)

【适应证】

治疗动脉粥样硬化、多发性大动脉炎及其他原因所致的血管狭窄。常用于四肢动脉、髂动脉、腹腔动脉、肠系膜上下动脉、颈动脉、主动脉及冠状动脉等狭窄,也可用于下腔静脉的狭窄及膜性阻塞(布-卡综合征)。它在很大程度上代替了外科手术治疗,具有损伤小、疗效好、可以重复等优点。

【禁忌证】

主要侧枝血管起点处狭窄或闭塞;闭塞段过长、狭窄或闭塞段钙化;1个肢体多条血管多发狭窄或闭塞、膝以下只剩下1条血管均不宜做PTA。

【检查方法】

1. 术前准备：参见经导管栓塞术。

2. 主要器械：穿刺针、导引钢丝、扩张器、各种不同类型的导管、球囊扩张导管等。

3. 具体方法(Seldinger 技术)：

(1)在腹股沟皮肤皱褶线下 1cm 处摸到股动脉搏动最强点做一标记，并常规消毒皮肤(包括腹部、会阴部及大腿内侧)。

(2)在此点做局麻后，切开皮肤长约 0.5cm，用穿刺针向切口前下之股动脉做透壁穿刺，退针至喷血后送入导丝、退出穿刺针并用扩张器扩张穿刺点。沿导丝送入适当的导管，并将导管插入靶血管进行血管造影。

(3)沿导丝送入球囊扩张导管，并插入狭窄的血管段，向球囊内注入稀释的造影剂充胀球囊(用压力泵或手推注射器注入造影剂)，持续 15s，经数次后即可使狭窄的血管得以扩张，再进行靶血管造影，确定血管扩张程度是否达到治疗目的。为减少并发症要用抗凝剂(肝素)。

【术后处理】

为防止局部血小板凝聚导致血栓形成，术后应常用抗凝药。其他处理参见经导管栓塞术。

【并发症】

PTA 的并发症较少，有时可出现穿刺局部血肿、动脉壁撕裂、穿孔、远侧端血管栓塞以及球囊破裂等。

动脉内药物灌注(AI)

【适应证】

1. 化疗药物灌注：用于治疗腹部、盆部、胸部及骨骼的恶性肿瘤。特别是外科手术不能切除的肿瘤患者可用此法进行姑息治疗。也可在肿瘤缩小后，配合外科手术切除。

2. 止血：多用于胃炎和应激性溃疡出血的血管收缩治疗。

3. 溶栓治疗：用于动脉或静脉的急性血管栓塞或血栓形成。

【检查方法】

1. 术前准备及动脉穿刺法参见 TCE 和 PTA。

2. 具体方法：

(1)将导管置于向肿瘤供血的动脉内,滴入或推注药物。

1)一次性冲击化疗:化疗药物可在 30～60min 内注射完毕或保留导管 24～36h 滴注。1 个月左右可重复进行。

2)持续性动脉药物灌注化疗:经肱动脉或腋动脉插管,并接以高压连续注射泵,向动脉内注射药物,其剂量通常低于或等于静脉给药。导管可保留 1 周。常用药物有顺氨氯铂、丝裂霉素 C、阿霉素、氟尿嘧啶等。剂量视临床需要而定。

(2)选择性血管内药物灌注止血,常用药物为加压素或肾上腺素。加压素常用剂量 0.2～0.4u/min,肾上腺素为 8～19μg/min。给药方法采用血管内滴注,可产生一定的并发症(如痉挛性绞痛,水、电解质平衡紊乱,高血压和心搏出量减少)。

(3)溶栓治疗常用药物为尿激酶、链激酶和组织纤维溶酶原激活剂(TPA)。尿激酶、链激酶的副作用是可能引起出血,TPA 则无此副作用。

【术后处理】

参见 TCE 及 PTA。

经导管皮穿刺活检

本法用于肺部、纵隔及胸壁病变。肺肿瘤的正确率为 80%～90%。腹部器官良恶性肿瘤的鉴别,其正确诊断率为 70%～80%,穿刺前定位及穿刺的导向须用影像系统,如 CT、USG。也可用于骨骼肿瘤、乳腺肿块、甲状腺肿块及表浅的肿大淋巴结等的组织学诊断。穿刺针有切割式(可取得组织芯)、环钻式(转动管内螺丝样针芯可取得组织碎块)和抽吸式(常用"千叶"针,利用注射器抽吸可取得细胞学标本)3 种。

经导管采集标本、取血栓或异物

本法用于:①经皮肝穿刺胰静脉插管取血标本,对胰腺内分泌性肿瘤的诊断有较高的准确性;②经肾上腺静脉插管取血,对肾上腺肿瘤的诊断有较高的准确性。分侧测定肾静脉血中肾素浓度,有助于肾性高血压的定性和定位诊断。经导管取血管内的血栓或异物。

心脏介入性放射治疗

目前已开展的心脏介入性治疗有经皮球囊心瓣膜扩张成形术，经导管栓塞动脉导管术闭，其它经导管修补房间隔缺损等。

胆道介入性放射治疗

胆道介入性放射治疗包括：①经皮经肝穿刺胆道外引流术、内引流术、永久性内涵管引流和经皮肝的胆管扩张术。外引流术主要用于阻塞性黄疸术前胆道减压，消除黄疸症状，为外科手术做准备。内引流术用于恶性肿瘤的姑息治疗，如胰腺癌、胆道癌、胆囊癌、肝门转移性肿瘤等。内涵管引流主要用于不能手术切除的恶性胆道梗阻，做姑息治疗作用。经皮肝的胆管扩张术主要用于扩张良性胆道狭窄；②经"T"管胆道取石，是在影屏监视下，经"T"形管插入取石篮或取石钳将结石套出；③经皮穿刺胆囊造瘘术，用于急性化脓性胆囊炎。

泌尿系介入性放射治疗

1．经皮穿刺肾盂引流术：主要用于肾盂积水、积脓，肾盂、输尿管结石，盆腔和腹膜后肿瘤阻塞输尿管和输尿管良性狭窄。

2．经皮穿刺肾结石取出术：适用于肾盂内结石的取出。

3．经皮穿刺尿道重建术：适用于外伤性、手术性、放疗性的输尿管狭窄。

其他介入性放射治疗

食道球囊扩张术适用于食道局限性良性狭窄（术后狭窄或烧伤性狭窄）。

经皮穿刺胃造瘘术适用于食管恶性肿瘤不能进食者。

输卵管成形术适用于输卵管间质部和峡部近端因慢性非特异性炎症所致的梗阻。

另外，还有经皮穿刺脓肿、囊肿引流术。

第七节　放射性核素检查

放射性核素检查的基本原理是通过将示踪剂(放射性药物)引入被检查的组织或脏器,然后用闪烁扫描机或γ照相机,来观测示踪剂在人体的分布情况,借以做出诊断。它不仅可显示出多数脏器的影像,还能用于人体许多脏器功能的测定。X线CT发明以后,γ照相技术与CT的影像重建技术结合起来,可以得到三维的断层显像,使分辨率大大提高。

甲状腺动态显像

观察甲状腺的血流灌注情况及病变区的血流灌注。临床上与甲状腺静态显像相结合,用以鉴别甲状腺结节的性质或了解甲状腺功能状态。

(一)正常图像:肘静脉弹丸注射核素(^{99m}锝弹丸)后,可见同侧锁骨下静脉影及心肺上部部分影像。8～10s颈动脉和甲状腺相继显影。甲状腺功能正常者,颈动脉影清晰,甲状腺血流灌注均匀。

(三)临床意义:

1.判断甲状腺功能状态:甲亢患者颈动脉和甲状腺影提前出现,影像迅速增强,外形增大,血流分布均匀;甲低患者则甲状腺灌注少,显影淡甚或不显影。

2.结合静态显像鉴别甲状腺结节性质:结节区灌注高于颈动脉、静脉,静态显像结节区为"冷结节"者,多见于恶性病变;结节区灌注高于颈动、静脉,静态显像为"热结节"者,多见于功能自主性甲状腺腺瘤。结节区灌注低于颈动、静脉影,静态显像为"冷结节"者,多见于良性病变,如囊肿、钙化、纤维化、良性腺瘤等。

甲状腺静态显像

本法适用于甲状腺疾病或疑诊患者,需判断甲状腺功能状态者。

(一)正常图像:正常甲状腺图像图形呈蝴蝶状,分左、右两叶,中间有一峡部相连。其放射性分布均匀。

(二)临床应用:

1. 甲状腺大小及重量估计。

2. 异位甲状腺的定位诊断。

3. 甲状腺结节的诊断。

4. 寻找甲状腺癌转移性病灶。

5. 颈部肿块的鉴别。

甲状腺显像的新技术和方法

(一)亲肿瘤药物显像：^{201}铊对甲状腺癌具有较高的亲和力，用于良、恶性结节鉴别。

(二)放射免疫显像：利用^{131}碘标记抗 TG 抗体进行甲状腺癌的判定。

肾 显 像

利用被肾实质细胞浓集且排泄缓慢的显像剂，观察肾脏放射性核素分布，以了解肾脏位置、形态、大小和肾内有否占位性病变。

(一)正常图形：双肾呈椭圆形，呈"八"字形排列、位于 T_{12}～L_3 之间。除肾门放射性呈凹陷性稀疏外，余均呈均匀分布。

(二)临床应用：

1. 先天性病变：肾脏位置、形态异常或孤立肾等的诊断。

2. 肾内占位性病变：局部呈缺损区，单个或多个。

3. 肾血管狭窄高血压：呈延迟显影、小肾(萎缩)或不显影，节段性缺血性导致梗死者呈"冷区"。

4. 肾功能不全：延迟显影，且轮廓不清或不显像。

5. 肝肾联合显像：对右上腹肿块进行定位和鉴别诊断。

6. 移植肾监护。

肝 显 像

静脉注射放射性药物后，5min 即可显像，来观察肝脏核素的分布。常规拍摄前后位、右侧位及后前位。

(一)正常肝脏显图像：

1. 肝脏前后位：占有横膈和右侧肋缘之间的大部分空间，下缘常低于或平行于肋下缘，上、下、左、右可看到相邻脏器或组织形成的压迹，以

及圆韧带、镰状韧带、胆囊窝的压迹。

2. 肝脏右侧位：肝脏呈椭圆形，后缘有右肾压迹，胆囊窝在下缘呈现压迹。下腔静脉常在后上方形成压迹。中央部一边缘模糊的放射性减低区代表肝门部位。

3. 肝脏后前位：右肾在右叶的内侧呈现明显的压迹，侧缘可见肋缘的压迹，此体位可以测量肝脏的大小。

（二）临床应用：

1. 原发性肝癌的探测。

2. 继发性肝癌的探测及随访。

3. 右上腹部肿块的鉴别诊断。

4. 乳腺癌、支气管癌和胃肠道癌的分期。

5. 右膈下脓肿的探测。

6. 黄疸的鉴别诊断。

骨 显 像

骨显像是静脉注射放射性药物（^{99m}锝标记的磷酸盐），使血管丰富和骨髓成分多的骨骼放射性核素积聚而显影。骨显像在定位诊断骨转移病灶优于X线摄片。

一、异常骨显像

1. 单发病灶，85%以上都是癌转移灶。退行性关节炎、畸形性骨炎、骨折愈合、软骨瘤及纤维结构不良等良性病变也可出现单发病灶。

2. 放射性缺损区病灶：多见于多发性骨髓瘤，也可见于身体内安装或配带的阻挡放射线穿透的物体，如人工乳房等。

3. 骨外摄取，核素可积聚在其他部位或软组织内。

4. 骨显像时泌尿系异常：如肾脏或膀胱显像时的各种异常。

二、良性疾病骨显像

1. 外伤：X线检查阴性，骨显像可在数小时即能发现应激性骨折、微小骨折或胫骨骨膜炎。

2. 感染：骨显像诊断骨髓炎很敏感，发病1d后，大多在2d内即可观察到炎症改变。

三、恶性肿瘤骨显像

对恶性肿瘤患者有无转移的诊断有重要价值，它有助于疾病的分期和治疗。

发射计算机断层仪(ECT)

发射计算机断层又叫放射性核素计算机断层(RCT)，是一种能给出核素在体内各层面的分布及主体分布图像的显像技术。剖面图不受邻近层面核素干扰，空间分辨率高，定位精确，能获得活体三维图像并能定量计算脏器或病变部位的大小、体积及局部血流量等。是核医学显像诊断的一种现代化诊断技术。

发射计算机断层仪目前分为2大类：一类用探测普通γ射线发射体，称单光子发射计算机断层仪(Single Photon Emission Computed Tomography, SPECT)；另一类探测正电子发射体的湮没辐射，称为正电子发射计算机断层仪(Positron Emission Computed Tomography, PECT)。

ECT与X线CT的异同有以下几个方面：

1. 在探测技术、重建图像等方面基本相同。

2. 采用的射线源不同。ECT借助于人体内的放射性核素放射的光子构成断层图像，由于正常组织和病变组织聚积放射性核素的浓度不一样，从而发射出的光子密度不一样，因此构成了一幅反映人体功能的解剖图像。X线CT是借助于X线球管发射的X线穿透人体。因各种正常及病变组织的密度不同，使射出的光子数量不一样，从而构成一幅反映人体密度差异的解剖图像。

3. 重建图像参数及诊断依据不同。X线CT以衰减系数作为重建图像的参数，以组织的物理密度变化作为诊断依据。ECT以放射性浓度变化为重建图像的参数，以组织的代谢功能差异为诊断依据。

4. X线CT分辨率优于ECT。

5. ECT在取断层面的厚度上优越于X线CT。

一、基本结构和工作原理

SPECT主要有γ相机、探头支架旋转机构、控制台和计算机系统三部分组成。SPECT指横向断层、原始断层平面的数据与人体纵轴垂直。利用可移动的探测器在不同的方位多次采集体内放射性核素的分布，经

计算机综合重建成三维图像。并可分割成横断面、冠状面、矢状面及任意角的剖面。

PECT 的基本结构和工作原理与 SPECT 相似。但它不需要笨重的铅准直器对射线源定位，而是利用 2 个相对应的探测器对湮没辐射的一对 γ 光子作符合测量，最常用的是排成一圈或多圈的多晶体(锗酸铋晶体)探头。具有分辨率高、对比度好、灵敏度高、断层时间短等优点，但所用的示踪剂系加速器生产。

二、临床应用

(一)颅脑：

1. 脑肿瘤：病变呈灌注增高或减低或者在同一病灶内灌注增高和减低并存。

2. 颅脑外伤：血流灌注减低或消失。

3. 脑卒中：主要表现为病灶减少或缺乏。

4. 其他：早老性痴呆、癫痫、震颤麻痹、血管性头痛、交通性脑积水等病变。

(二)心脏：本法对冠心病的诊断居无创伤性检查技术首位。PECT 能测定心肌血流，计算心肌梗死灶大小，对左向右分流心脏病可准确观察并定位。

(三)肝脏：对肝内小于 2cm 病灶检出率高。

(四)骨骼：核素检查在骨骼病变优于普通 X 线。可较早发现肿瘤的骨转移灶，急性骨髓炎在发病后就可检出，且核素浓聚的范围反映病灶的真实范围。

(五)另外可用于胰腺和肺脏检查。

第八节　超声检查及其临床应用

超声检查是利用超声的物理特性和人体器官组织学性质上的差异，以波形、曲线或图形的方式显示和记录，借以进行疾病诊断的检查方法。

一、超声成像的基本原理

人体结构对超声是一个复杂的介质，各种器官与组织，包括病理组织

有它特定的声阻抗和衰减特性。因而构成声阻抗上的差别和衰减上的差别。超声射入体内，由表面到深部，将经过不同声阻抗和不同衰减特性的器官与组织，从而产生不同的反射与衰减。这种不同的反射与衰减是构成超声图像的基础。将接收到的回声，根据回声的强弱，用明暗不同的光点依次显示在影屏上，则可显出人体的断面超声图像。其回声方式可以是无回声、低回声或不同程度的强回声。

二、超声图像特点

声像图是以明(白)暗(黑)之间不同的灰度来反映回声有无和强弱，无回声则为暗区(黑影)，强回声则为亮区(白)。

声像图是断面图像。改变探头位置可得任意方位的声像图，并可观察活动器官的运动情况。但展示的图像范围不像X线、CT、MRI图像那样大和清楚。

三、超声检查技术

超声探查多用仰卧位，也可用侧卧位或其他体位。切面方位用横切、纵切或斜切面。患者采取适当体位，露出皮肤，涂耦合剂，以排出探头与皮肤间的空气，探头紧贴皮肤扫描，扫描时应注意器官的大小、形状、周边回声、器官与邻近器官的关系及活动度等。

四、诊断用超声类型及临床应用

(一)A型超声诊断：A型超声也即幅度调制型，它是以波幅变化反映回波情况。临床上常用于测量界面距离、脏器的径线及探测腹部器官的范围和大小。能准确估计积液量和穿刺点的定位。

(二)B型超声诊断：B型超声是超声诊断中的常用类型。亦称灰度调制型，系以明暗不同的光点反映回声变化，在影屏上显示9～64个等级灰度的图像。强回声光点明亮，弱回声光点黑暗。因所显示的是二维图像，故又称二维超声。显像方式分为静态显示和动态(或实时)显示2种，扫描线阵分为方形扫描和实时扇形扫描两种。对实质性器官如肝、脾、肾、子宫及其附件、前列腺、肾上腺及甲状腺等病变有较高的诊断准确率。临床上常用于腹部及妇产科疾病的检查。实时扇形扫查用于心脏时称为二维超声心动图，它能动态显示，快速实时成像，可直观地显示心脏形态及其内部结构，用于心脏病变的诊断。

(三)M型超声诊断：主要用于心脏及大血管检查，又称为超声心动

图。对二尖瓣狭窄、肥厚性心脏病、心肌梗死的腱索断裂、附壁血栓、心包积液及先天性心脏病等均有重要诊断价值。

(四)D 型超声诊断:D 型超声又称超声频移诊断法,用以显示心脏和大血管内血流的多普勒(Doppler)信号,构成多普勒曲线图和频谱图。常用的有连续波多普勒、脉冲波多普勒和多普勒彩色血流显像 3 种。它对先天性心脏病心内分流和瓣口反流有定量诊断和确诊价值。

(五)介入性超声的临床应用:

1. 超声穿刺:在实时超声的导向下,经皮穿刺将穿刺针或导管准确地置入病灶、脓腔或囊腔中,以达诊断或治疗目的。常用于腹部脏器的占位性病变。

2. 体腔内探查:将某种特制的探头送入体腔内,以此获得比体表探查更加清晰的超声图像,从而更准确地诊断某些疾病。常用的有食道探头、直肠探头和阴道探头等。

第三章　心电图检查简介

(一)常用心电图导联：见表 3－1－1。

表 3－1－1　12 个导联电极位置及连接方法

导联名称		电极位置及连接方法	
		电流计正极	电流计负极
标准导联	Ⅰ	左上肢	右上肢
	Ⅱ	左下肢	右上肢
	Ⅲ	左下肢	左上肢
加压单极肢体导联	aVR	右上肢	左上肢＋左下肢
	aVL	左上肢	右上肢＋左下肢
	aVF	左下肢	右上肢＋左上肢
单极心前导联	V_1	胸骨右缘第 4 肋间	中心电端
	V_2	胸骨左缘第 4 肋间	中心电端
	V_3	V_2 与 V_4 连线中点	中心电端
	V_4	左锁中线与第 5 肋间的交点	中心电端
	V_5	左腋前线与 V_4 同一水平交点	中心电端
	V_6	左腋中线与 V_4 同一水平交点	中心电端

(二)心电图的波形及其意义：1 个心动周期的典型心电图包括 P 波、QRS 波群、T 波、U 波、P－R 段和 S－T 段；常用的测量间期有 P－R 间期，QRS 间期和 Q－T 间期(图 3－1－1)。

1．P 波：为心房激动波，代表心房激动时产生的电位变化。P 波的方向和形态，与激动在心房内传播的途径有关，其时限表示激动经过心房所需的时间。

(1)方向：正常心电图的 P 波在Ⅰ、Ⅱ、aVF、V_{4-6}导联一般直立，顶部圆滑，在 aVR 一律倒置，在Ⅲ、aVL、V_{1-3}可直立、双向、倒置。

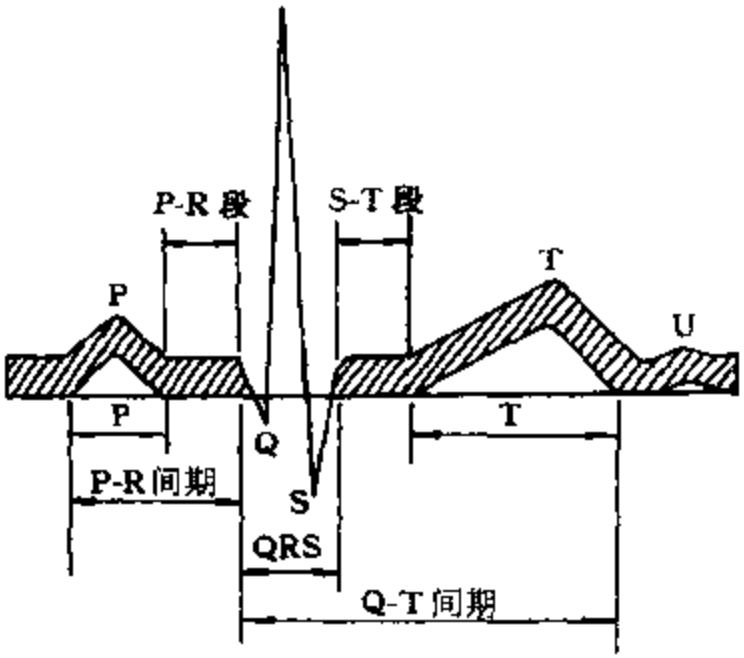


图 3-1-1 心电图波、段

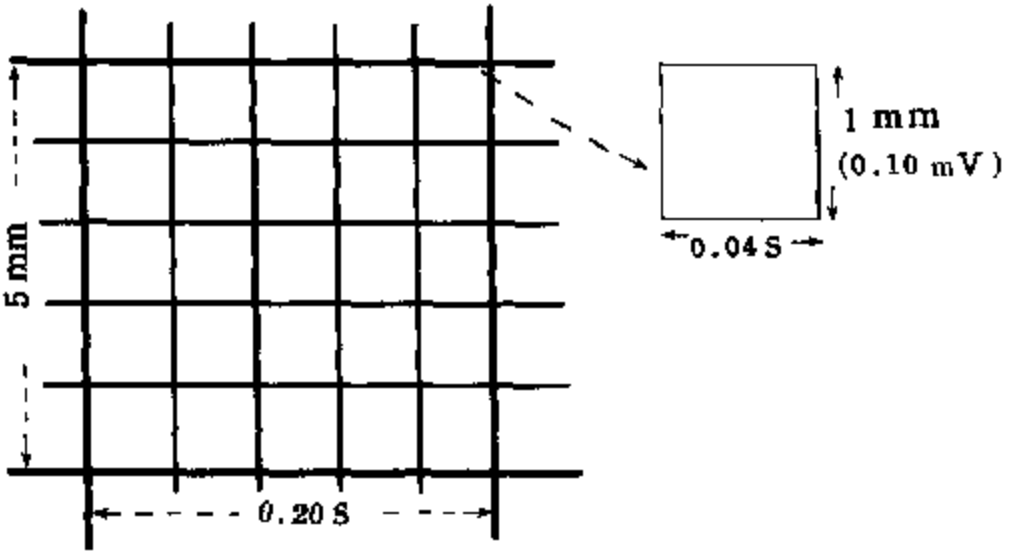


图 3-1-2 心电图的时限及电压

(2)电压(振幅):不超过 2.5mm。

(3)时限(宽度):不超过 0.11s(见图 3-1-2)。

在心电图中只要有一个导联 P 波超出正常范围,就表示心房有病变。如 P 波过大过宽,表示心房肥厚和扩大;如 P 波频率和形态发生改变,提示心律失常。

2.P　R 间期：自 P 波的起点至 QRS 波群起点的间隔为 P－R 间期，代表心房开始激动至心室开始激动的时间，正常为 0.12～0.20s。心率快时，P　R 间期缩短；P－R 间期延长，表示房室传导阻滞。

3.QRS 波群：为心室激动波，代表心室激动时的电位变化。QRS 波群中第 1 个向下的波称 Q 波，第 1 个向上的波称 R 波，R 波之后向下的波称 S 波。

(1)电压：在 3 个标准导联或 3 个加压肢体导联中，至少应有 1 个导联的 R 加 S 的振幅大于 5mm；若全部小于 5mm，则称肢体导联低电压。QRS 低电压见于少数正常人，亦见于心包积液、慢性缩窄性心包炎、胸腔积液、肺气肿及全身性水肿。QRS 波群在 V_1、V_2 呈小 R 深 S 波，即 rS 波型，R/S 比例应小于 1；在 V_5、V_6 则 R 比 S 波大，呈 qRs、qR、Rs 或 R 波型，R/S 应大于 1；V_3、V_4 为过渡波型，R 波与 S 波大致相等。V_1 的 R 波一般不超过 100mm，V_5 的 R 波一般不超过 25mm；若电压过高，表示心室肥大。正常 Q 波的振幅不应超过同一导联 R 波的 1/4，时限不超过 0.04s。

(2)时限：正常为 0.06～0.10s。超过 0.10s，见于束支传导阻滞。

4.S－T 段：起自 QRS 波群的终点至 T 波的起点，在此段时间内心室处于完全激动而尚未复原的状态，故 S　T 段应在等电位线上。正常时 S　T段向下偏移在任何导联中均不应超过 0.5mm；向上偏移在肢体导联和 V_4～V_6 导联中不超过 1mm，在 V_1～V_3 不超过 3mm。S－T 段异常偏移见于心肌病变、冠心病心绞痛、急性心肌梗死、急性心包炎、洋地黄作用和低血钾等。

5.T 波：代表心室激动复原时的电压变化。正常的 T 波方向与 QRS 波群主波的方向一致，在Ⅰ、Ⅱ、V_{4-6} 直立，aVR 倒置，Ⅲ、aVL、aVF、V_{1-3} 可倒置。T 波的振幅在肢体导联为 2～6mm，一般不小于同一心动周期 R 波的 1/10；如 T 波低平或倒置，应结合临床资料加以分析，一般提示心肌病变。

6.Q　T 间期：为从 QRS 波群开始到 T 波终点的时间，代表心室激动开始到复原完毕所需的时间。此间期随性别、心率而异，心率越快则 Q－T间期越短。正常为 0.24～0.42s。Q－T 间期延长，提示心肌病变。

7.U 波：是 T 波后的一个较小的波，方向应与 T 波方向一致，但较 T

波为低，通常不超过0.5mm，但 V_3 的 U 波有时可达 3mm。U 波特别明显时，可见于低血钾。

（三）心电轴：心电轴一般指 QRS 平均电轴，是心室除极过程中全部瞬间向量的综合（平均 QRS 向量），有较重要的诊断价值。通常采用 I 和 III 导联，分别测算其 QRS 振幅的代数和，然后查表求得心电轴。正常心电轴的范围为 0°～+90°，呼吸可引起 7°～10°的变异，心电轴正常范围与偏移如图所示。+30°～−90°为左偏，+30°～−30°属轻度或中度左偏，见于正常的横位心脏和左室肥大等，超过 −30°属显著左偏，多见于左束支前支阻滞。+90°～+110°属轻度或中度右偏，常见于正常的心脏垂直位和右室肥大等，超过+110°属显著右偏，多见于严重右室肥大和左束支右支阻滞等；+180°～+270°为心电轴重度右偏。注意“偏移”与“异常”是有区别的，仅就心电轴一项指标而言，心电轴 −30°或 +110°，虽提示有中度左偏或右偏，但如不结合其他指标，也不能说明就属于“异常”（见图 3－1－3）。

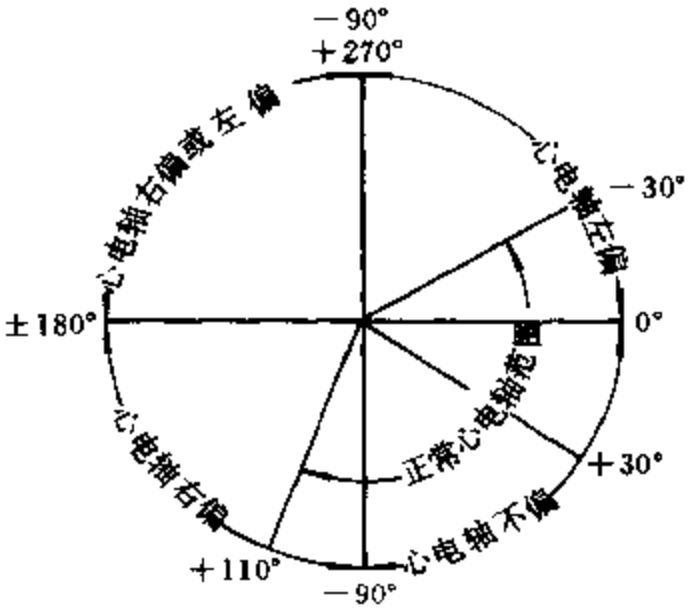


图 3－1－3　心电轴偏移的范围

（四）心电图的测量：

1. 振幅和时限的测量：心电图纸上最小的方格两横线之间为 1mm，定准为 0.1mV，用以测量波幅（即电压）的大小，通常用 mm 或 mV 表示。两竖线之间也是 1mm，相当于 0.4s（当图纸走动的速度为 25mm/s 时），

用以测量各波、段的时限，一般以秒表示。

测量一个波的振幅时，向上的波应从基线（等电位线）的上缘垂直地量至波的顶端；向下的波应从基线的下缘垂直地量至波的最低点。向上和向下波的值相加即为总电压。测量时，以波或段的凸面为起止点，例如正向P波的测量，应从基线下缘开始上升处量至P波终末基线的下缘；负向P波则从基线上缘开始下降处量至P波终末基线的上缘。

2．心率的计算：测定2个P波或2个R波的间隔（秒），然后用以除60s。即60/R－R间隔＝每分钟心率。

如心率不规则（R－R时间不等）时，可计算心电图上3s内R或P波的数目乘20，即为每分钟的心率。如P波与QRS波群的数目不等，则应分别计算心房率和心室率。

（五）心电图的阅读分析步骤：

1．先将各导联的图形按Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、aVR、aVL、aVF、V_1～V_6顺序排列好。

2．做一次全面检查，注意有无伪差、导联有无错误、定位电压是否正确、有无电压减半。

3．寻找每个心动周期的P波，分析P波与QRS波群的关系，以确定心律。

4．测量P－P或R－R间隔，计算心率。

5．检查P波的形态、振幅及时限，Ⅱ及V_1导联的P波一般较明显，可着重不在这2个导联中辨认及测量P波。

6．测量P－R间期，选择P波明显且有Q波的导联进行测量，如无Q波，则在有明显P及QRS波群最宽的导联中测量（一般为Ⅱ导联）。

7．测量和分析各导联QRS波群的波形、振幅和时限，一般以标准导联最宽者为准。

8．检查S－T段有无偏移、偏移程度和形态。

9．检查T波的方向、形态及振幅。

10．测量Q－T间期：选择标准肢体导联中QRS波群起点清晰、T波较大且终点明显的导联进行测量。

11．结合心电图电清单、注意患者年龄、性别、药物应用和临床诊断，做出心电图诊断。

(六)心电图检查的意义：

1. 为鉴别各种心律失常最可靠的方法，包括激动起源异常和传导异常所致的心律失常。

2. 帮助确定心肌病变，如心肌梗死、心绞痛、心肌炎等，并可了解心肌梗死的部位、范围及其演变过程，有无慢性冠状动脉供应不足等。

3. 辅助诊断急性心包炎、缩窄性心包炎、粘液性水肿等，并借以了解病情进展情况。

4. 提示心房、心室肥厚情况，协助诊断心脏瓣膜病、肺源性心脏病、先天性心脏病。

5. 提示某些药物(如洋地黄、奎尼丁等)对心肌的影响。

6. 提示电解质紊乱，如血钾的过低或过高、血钙的过高或过低等。

(七)心电图对心脏诊断的局限性：

1. 不能确定心脏病的病因。

2. 不能确定瓣膜损害的部位。

3. 不能提供心脏功能方面的估计。

4. 心电图的正常范围较大，有些心脏病(如轻度心瓣膜病或双侧心室肥厚等)的心电图往往正常。故正常心电图不能排除心脏病变的存在。

第四章　脑血流图、脑电图、诱发电位和肌电图简介

脑血流图

脑血流图(Encephalorheography)也称脑电阻图(阻抗式脑血流图)，是一种能够客观反映脑部搏动性血液供血状况和判断脑血管紧张度、弹性与周围阻力的生物物理学检查方法。其基本原理是在头部通过微弱高频交流电流时，观察头部血液的阻抗。当血管收缩，血流量减少，则电阻增大而导电度降低；反之，血管扩张，血流量增多，则电阻变小而导电度增加。由于心脏血管的舒缩，随之导电度亦起规律性的变化，使射入头部的微弱高频交流电流起相应强弱的改变，通过记录和放大，即为脑血流图。

脑血流图主要根据波形、波幅、两侧波幅差百分比、上升时间及上升角、血流容积指数(血流灌注指数)、主峰角、重搏波8项指标进行分析。波形、上升角、血流容积指数、主峰角及重搏波可反映脑部血管弹性的状态。波幅主要反映脑血管内的血液充盈度，而两侧波幅差百分比主要反映两侧头部循环的情况。脑血流图的正常范围随年龄、性别、仪器类型、导联方法、定标高度及分析方法等而不同，因此目前尚无统一的数据。脑血流图的适用范围如下：

1. 帮助诊断脑部血管性疾病：如脑动脉硬化、脑动脉供血不足及闭塞性疾病、血管性头痛、结缔组织疾病。

2. 观察应用扩张脑血管药物的效果。

3. 估计中毒、代谢障碍疾病的脑供血情况。

4. 颅内占位性病变(颅内血肿、颅内肿瘤等)，植物神经功能紊乱，高血压，直立性低血压，颅内外伤，冠心病及肺心病的脑部血流情况，震颤麻痹等。

5. 判断星状神经节阻滞术后脑血管扩张的情况。

6. 观察高频电磁场(包括微波)、噪音震动、高温等对脑血管影响程度。

脑 电 图

脑电图(Electroencephalography, EEG)是通过脑电图描记仪将脑的微弱的自发性生物电活动放大约 100 万倍后描记于纸上,成为一种生物电的曲线图。检查时将 4～8 对电极或根据需要放置更多的电极于与脑各叶相应部位的头皮上,必要时还可加特殊电极如鼻咽或蝶骨电极、皮层或皮层下电极、深部电极,应用单极和双极导联等多种连接方法,描出图形后根据脑电活动的频率(次/秒)、波幅(μV)、波形(如发作性发放)、脑波的分布(如有无局限性)、反应性等项进行分析以确定是否异常。

(一)正常脑电图:正常成人清醒时脑波的基本节律有如下几种:

1. Alpha(α)节律:8～13 次/s,波幅中等,20～100μV,平均 50μV,波形整,常呈正弦形电活动的曲线图,主要见于顶、枕部。

2. Beta(β)节律:18～30 次/s,波幅低,5～20μV,多见于额、颞部。

3. Theta(θ)波,4～7 次/s,30～50μV,正常人可在两半球前部出现,但少于 10%。

4. Delta(δ)波:是 0.5～3 次/s 的电活动,在清醒状态下不出现,在睡眠状态时,随着睡眠由浅入深,δ 波逐渐增多,但两侧对称。θ 波和 δ 波又统称为慢波。

脑电活动可随机体的生理变化而改变,如年龄、醒觉、睡眠、新陈代谢旺盛或低下、血糖水平等都可影响脑电活动。婴儿初生时脑波为不规则慢活动,儿童脑电图以慢波为主,随着年龄的增长,慢波逐渐减少,α 波逐渐增多,4～6 岁时 α 节律已较多,至 14～18 岁即接近成人脑波。

(二)脑电图的临床应用:

1. 脑电图检查对癫痫的诊断及鉴别诊断帮助较大,有 50% 以上的癫痫患者,在发作间歇期亦可有异常脑电活动,如棘波、尖波、棘－慢波或尖－慢波、多棘波或多棘－慢波、3 次/s 棘－慢波、尖－慢波、高峰失律、各种频率范围的发作性放电。有些癫痫患者,在发作的间歇期脑电图上不出现痫性放电,可用诱发方法(如过度换气、闪光刺激、睡眠等)使潜在

的异常波呈现出来，称诱发试验。

2．颅内占位病变（如脑肿瘤、脑血肿、脑脓肿等）可出现局限性或一侧性或两侧性脑的异常电活动：

（1）大脑半球的占位性病变：55%—85%的患者可有局灶性慢波（θ波或δ波）。

（2）颅底部肿瘤、前颅窝底的肿瘤可在相应的额部，中颅窝肿瘤在颞部，蝶骨嵴肿瘤则在额部可有局灶性θ波或δ波。鞍区早期垂体瘤可有θ波，若发生颅内压增高，则可有双侧δ波出现，无定位意义。

（3）中线深部（如三脑室）颅后凹肿瘤出现颅内压增高时则可有双侧阵发性θ波和δ波，往往为节律性，成人以额部为明显，儿童以后部为主。

3．颅脑损伤时的脑电图：轻度颅脑损伤，只有数秒钟至数分钟意识不清的脑震荡，在24h内的描记大都正常。少数有弥漫性θ波和δ波，很快即消失。重度颅脑损伤，出现弥漫性θ波和δ波，随着病情好转，这种慢波逐渐减少以至消失。若δ波的频率甚慢，则预后可能不佳。若有幕上血肿形成，则可能有局灶性δ波。

4．脑血管疾病的脑电图：颈内动脉系统的出血性或缺血性中风，均可在脑电图上出现弥漫性或局灶性改变，随着病情的好转，这些改变亦逐渐减轻以至消失。这种随访检查，可以与颅内占位病变做鉴别，后者的异常往往持续甚至恶化。脑干的血管性疾病，若影响网状结构，则可有弥漫性改变，基底动脉阻塞引起闭锁综合征时，脑电图大部分正常。蛛网膜下腔出血，主要为程度不同的弥漫性改变，若在弥漫性改变的基础上有局灶性改变或在症状消失后有局灶性改变，则可能有血管畸形或陈旧出血。

4．脑部各种炎症的脑电图：主要为弥漫性异常。若某一部位感染较为严重，则可有局灶性改变。随着临床的好转脑电图也渐好转。

5．内科疾病的脑电图：如维生素缺乏症、血紫质病、肝昏迷、严重心肺疾病伴有脑缺氧、肾病伴氮质症时均可有脑电图改变。一般出现弥漫性θ波和δ波，肝昏迷时可有三相波。慢性肾病的弥漫性改变，在透析后甚至加重，伴有癫痫发作者预后较差。非酮性高血糖昏迷则可有弥漫性和局灶性改变。脑电图描记在本组疾病的指征主要为随访性，以监护病程的发展和治疗的效果，例如对甲状腺功能减退的甲状腺素剂量的调节、尿毒症的透析频度调节等。

脑电图不易区分各种病变的性质。由于正常人有百分之几可有异常脑电图，而某些脑部疾病又可有正常脑电图，因此诊断必须结合临床。脑功能性疾病脑电图多属正常。除非排除器质性疾病，一般不必进行脑电图检查。

诱发电位

诱发电位(evoked potential, EP)是中枢神经系统在感受外在或内在刺激过程中所产生的脑电活动改变。这样 EP 的含义就不只是包括由外界刺激诱发出的神经系统的电位变化，也要包括伴随各种生理活动所产生的电位变化，这种广义的诱发电位多称为事件相关电位(event related potentials, ERP)。通常 EP 和 ERP 互替使用。但 EP 多侧重指由外界刺激诱发的电活动而言。脑诱发电位的刺激信号与电位间有严格的时间关系，即需经一定的潜伏期后，在脑的特定区域出现电位反应，这种电位极小，波幅很低，通常只有 0.3～20μV。电子计算机的应用，出现了平均诱发电位技术，加之多次反应的叠加，使这种微弱的信号得以记录。

EP 按感觉刺激的形式分类可分为躯体感觉诱发电位(Somatosensory evoked potentials, SEP)、听觉诱发电位(auditory evoked potentials, AEP)、视觉诱发电位(visual evoked potentials, VEP)，此外尚有嗅觉、味觉和前庭脊髓觉等感觉形式曾用于诱发电位的研究，但临床上尚不能应用。EP 按刺激后的诱发电位的潜伏期分类可分成短潜伏期 EP(AEP：＜10ms；SEP：上肢刺激腕正中神经＜25ms；下肢刺激踝胫后神经＜45ms)，中潜伏期 EP(AEP：10－50ms；SEP：一般为 25～120ms)和长潜伏期 EP(AEP：50ms 以上，SEP：一般为 120～500ms)。短潜伏期 EP 多属皮层下起源的，长潜伏期 EP 多起源于大脑皮层。此外，EP 还可按记录电极距诱发电位神经发生源的远近分类及按刺激率分类等。目前在临床上应用较广的是感觉性诱发电位，即短潜伏期躯体感觉诱发电位(short Latency somatosensory evoked potential，SLSEP)，短潜伏期听觉诱发电位(short Latency auditory evoked potential，SLAEP)和皮层视觉诱发电位(cortico visual evoked potential, CVEP)。

临床上，在病史和体征不能确定诊断的情况下，EP 能检出感觉系统的功能异常；在怀疑脱髓鞘疾病时，能检出临床下的多发病灶，有助于病

变的定位，特别是脊髓、脑干和视觉通路上的病变定位；作为监护患者的客观手段以及病情随访及治疗效果的观察；此外，还可用于全身疾病，如糖尿病、甲状腺功能亢进、尿毒症等疾病周围神经受累的诊断。

肌 电 图

肌电图(Electromyography, EMG)是记录神经和肌肉的电活动以判定神经和肌肉功能的一种检查方法。检查时将同心圆针电极插入欲检查的肌肉，将两极间的电位差增幅，于阴极示波管显示波形、观察和记录。正常肌肉静止时是无电活动的，称电静息。当检查的针电极插入肌肉时，刺激肌纤维引起一串动作电位，持续 1s，称插入电位。肌肉收缩的程度不同，由于参加收缩的运动单位数量、频率不同，而出现不同的波型。轻度用力收缩时，运动单位分散可数，波形单纯，称单纯相；若用力稍大但未用足重力，则出现电位重叠复杂分散的波型，称混合相；重度用力收缩时，运动单位电位相互重叠不能分辨，称为干扰相。

周围神经病(下运动神经元疾病)于肌肉静止时出现自发性电活动肌纤维颤动电位、正相尖波、肌束性颤动波等，并可见插入电位延长；肌肉轻度收缩时，多相性运动单位电位增多；肌肉重度收缩时运动单位的总数减少，因而呈单纯相，有时呈混合相，运动单位平均波幅正常或减退，平均时程增加。

肌病于肌肉静止时无电活动；肌肉轻度收缩时，运动单位的波幅降低，平均时程减少，多相性运动单位电位增多；肌肉重度收缩时，运动单位电位的数量不减少，仍呈干扰型，但波幅降低，无纤颤及束颤波。

肌电图可区别神经原性肌萎缩、肌原性肌萎缩及其他原因(如关节疾病)引起的肌萎缩。结合神经传导速度检查有助于区别脊髓前角细胞疾病及周围神经疾病。对周围神经损伤可判定损伤范围、部位，确定损伤程度，判断神经再生，推测预后。对肌肉疾病有助于区别肌营养不良，多发性肌炎等。

神经传导速度

神经传导速度(Nerve conduction, NCV)测定是利用短时程脉冲电流刺激神经干上不同距离的两点，记录该神经所支配肌肉出现诱发电位的

潜伏期(运动神经传导速度,MCV);或刺激神经的远端(或近端),而在相应神经的近端或(远端)记录其感觉电位(感觉神经传导速度,SCV),根据两点间的距离及潜伏期以计算兴奋沿神经传播速度的一种诊断技术。各种原因的周围神经病变时运动及感觉神经传导速度减慢。因此,传导速度改变是周围神经病的特征。神经传导速度的测定对于病变位于脊髓或神经根,周围神经或肌肉,神经末梢或神经肌肉接头处的确定都有意义。在前角细胞病变,传导速度稍减慢,周围神经病变明显减慢,肌肉疾病则正常。

诱发电位、脑电图和肌电图三者在临床上合并应用,将会提供从周围感受器到高级大脑皮层整个神经系统功能状态的信息。

第五章　肺功能检查

肺功能检查是借助仪器测定肺的呼吸功能，以数据进行分析。目前随着呼吸生理学及电子技术的发展，检查的项目及方法不断增加，并向系统化、自动化多项目测定方面发展。肺功能检查的临床应用指征为：

1．呼吸系疾病的辅助诊断，病情观察，疗效考核及预后判断。

2．肺损害及功能不全程度的估计。

3．胸外科手术前后。

4．呼吸衰竭患者的监护。

5．职业性肺病患者的劳动力鉴定等。

一、通气功能检查

1．肺容积：肺脏是进行外呼吸的器官，肺容积在理论上仅具静态解剖意义。但容积提供有效换气面积，容积变化又可产生通气，故可认为也具有潜在的动态生理意义。按呼吸运动的特点，肺容积可区分为潮气量、肺活量、残气量、功能残气量等组成部分（见图 5－1－1）。

1．潮气量（VT）：每次吸入或呼出的气量为潮气量，潮气量受体内代谢率、运动、情绪等因素的影响。成人静息状态的潮气量约为 500ml。

2．深吸气量（IC）：平静呼气后能吸入的最大气量，深吸气量与吸气肌的力量大小、肺弹性和气道是否通畅等有关。它是最大通气量的主要来源。正常值：男性约 2 660ml，女性约 1 900ml。

3．补吸气量（IRV）：平静吸气后，再做最大吸气动作时，所能增加吸入的气量。正常值：男性约 2 160ml，女性约 1 500ml。

4．补呼气量（ERV）：平静呼气后再做最大呼气动作时，所能再呼出的气量。正常值：男性约 910ml，女性约 560ml。

5．肺活量（VC）：它是最大的吸气后，能呼出的最大气量。包括深吸气量和补呼气量两部分，肺活量的大小与体表面积、性别、年龄、胸廓结

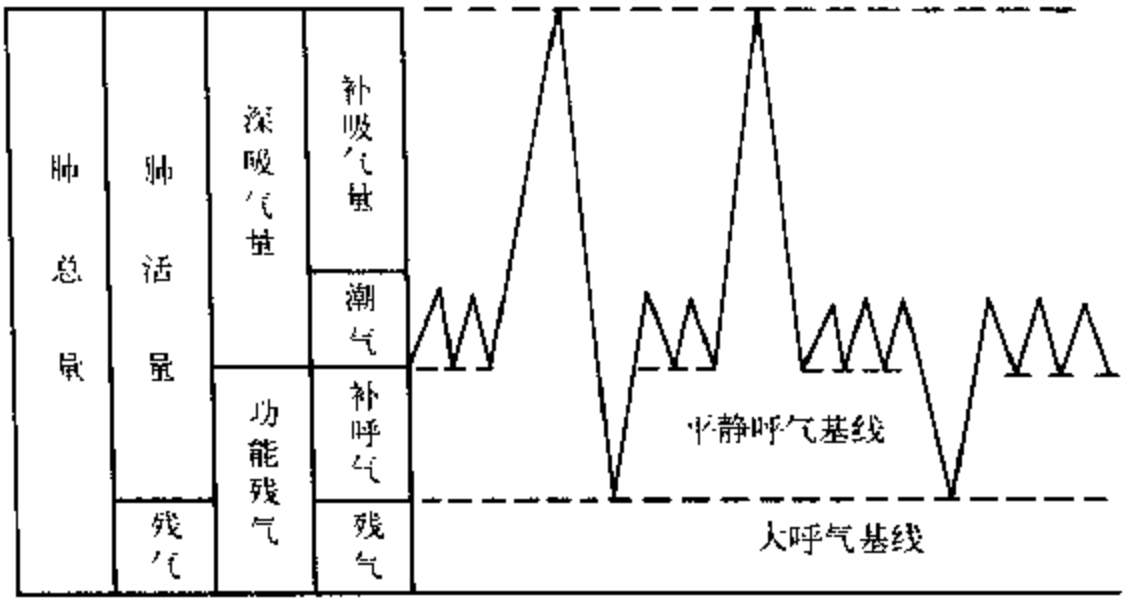


图 5－1－1　肺容量的组成

构、呼吸肌强度都有关系。正常值：男性约 3 470ml，女性约 2 440ml。

6. 功能残气量(FRC)：平静呼气后肺内所含的气量，包括残气量和补呼气量。正常值：男性约 2 330ml，女性约 1 580ml。

7. 残气量(RV)：是深呼气后肺内剩余的气量，RV＝FRC－ERV。残气量一般以其占肺总量的百分比作为判断指标。正常值：20%～30%，>35%视为异常，见于肺气肿患者。

8. 肺总量(TLC)：深吸气后肺内所含的气量，即肺活量加残气量。正常值：男性约 5 020ml，女性约 3 460ml。肺气肿或通气、呼气阻塞，肺泡内气体潴留，肺泡扩张，使肺总量增加；肺组织广泛性病变(如纤维化、胸膜腔积液、气胸等)使肺总量减少。

(一)通气功能的测定：

1. 每分钟通气量(VE)：一般是静息状态下每分钟出入肺脏的通气量，是潮气量与呼吸频率的乘积。静息时，每分钟通气量是 6～8L；体力劳动或剧烈运动时可达 100L，超过 10L 者表示通气过度，低于 3L 者表示通气不足。存在于气道内不能参与气体交换的气量，称为死腔气量(VD)，正常约 150ml；进入呼吸性细支气管及肺泡的气量可进行气体交换，称有效通气量或肺泡通气量(VA)。肺泡通气量不足，可导致缺氧及二氧化碳潴留。

2. 最大通气量(MVV)：是单位时间内以自选最大潮气量和最快呼吸频率所能取得的通气量。为减轻受检查者体力负担，测定时间一般取15s，将测得通气量乘以4，计算每分钟最大通气量。正常值：男性104L；女性80L。一般用实测值占预计值的百分比作为判断指标，<80%为异常，明显减低为阻塞性通气功能障碍。

3. 用力肺活量(FVC)：又称时间肺活量(TVC)，在深吸气后用最快速度呼出气体，计算第1、2、3s呼出气量占肺活量的百分比。正常第1秒率($FEV_1\%$)为83%，第2秒率为96%，第3秒率为99%。第1秒率少于60%者为不正常，与每分钟最大通气量有同样意义。

4. 最大呼气中段流量(MMEF)：是指将最大呼气曲线分成4等份取中间50%部分的容量与时间之比(平均流速)，为测定气道阻塞的一项敏感指标(对小气道病变的早期诊断有一定价值)。正常值：男性约3.37L/s，女性为2.89L/s。

5. 通气贮量百分比：最大通气量减去每分钟呼气量称为通气贮量，常作为胸外科术前肺功能的估计，以通气储量百分比表示：

$$\text{通气贮量百分比}=\frac{\text{最大通气量}-\text{每分钟呼气量}}{\text{最大通气量}}\times 100$$

正常值：≥93%。低于86%提示通气贮备不佳，胸部手术须慎重考虑。

(三)通气功能障碍的判断(表5-1-1)：通气功能障碍分3种类型。

表5-1-1 三类通气功能障碍的判断指标表

	VT	VC	RV	TLC	MVV	FEV_1	MMEF	
阻塞性通气功能障碍	↑	正常或↓	↑	↑	↓	↓	↓	
限制性通气功能障碍	↓	↓	正常或↓	↓	正常或↓	正常或↑	正常或↑	
混合性通气功能障碍	不定	↓	不定	不定	↓	↓	↓	

1. 限制性通气功能障碍：指肺扩张受限引起的通气障碍。见于影响肺扩张的肺、胸疾病或腹腔疾患。

2. 阻塞性通气功能障碍：指气道阻塞引起的通气障碍，见于上呼吸道疾患、气管和周围气道疾患、肺气肿等。

3. 混合性通气功能障碍：限制性和阻塞性通气功能障碍同时存在。

二、小气道功能检查

小气道指直径≤2mm 的细支气管而言，是许多肺部病变早期发生的部位，常规的肺功能检查一般难以发现，需用一些特殊的检查即小气道功能检查。

（一）闭合容积（CV）：是指位于下肺的小气道于呼气过程中开始闭合时的肺容量。可用氮气法或弹丸法加以测定。前者系利用肺内固有氮气作为标志气体，后者是用氦等外来惰性气体作为标志气体。闭合容积曲线分 4 相（见图 5－1－2）。

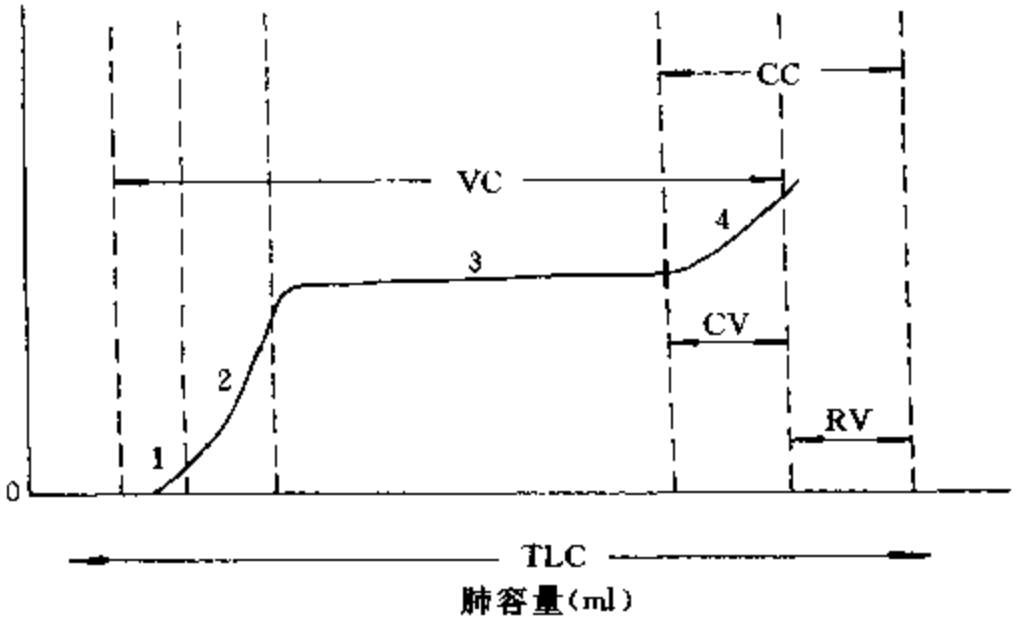


图 5－1－2　闭合气量曲线

第 1 相，指示气体浓度为 0，呼出气来自解剖死腔。

第 2 相：为肺泡与死腔的混合气体，指示气体浓度急剧上升。

第 3 相：为各区域肺泡呼出气的混合，指示气体浓度大致相似，称肺泡平段。

第 4 相，下肺小气道开始闭合，指示气体来自上肺，浓度高。

第 3 相与 4 相之连接点为下肺小气道开始闭合的标记，从此点至呼气末的肺容量即称为闭合容积（CV），闭合容积与残气容积之和则称为闭合容量（CC）。

临床意义：临床上常用闭合容积/肺活量%（CV/VC%），和闭合容

量/肺总量%(CC/TLC%)2 个指标。如比值增大,提示有小气道功能障碍,若第 3 相坡度变陡,提示气体在肺内分布不均,见于肺气肿等。

(二)最大呼气流量——容积曲线(MEFV):是在受检者吸气至肺总量位后,以最快速度最大力量呼气至残气位的过程中所描绘出的肺容积与相应气流速度的相关曲线图,记录于 X—Y 记录仪上(见图 5-1-3)。

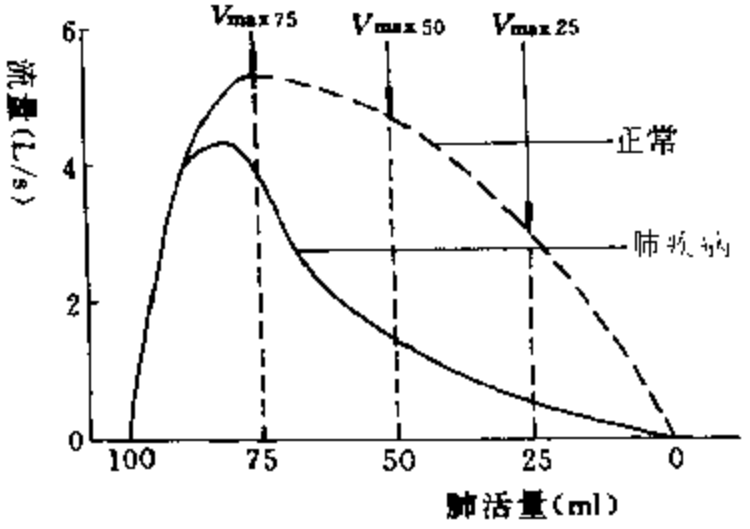


图 5-1-3 正常和阻塞性肺疾病的流量——容积曲线

(箭头表示在 75%、50%和 25%的肺活量的最大呼吸流速)

临床意义:MEFV 曲线的形态及参数对阻塞性肺病的早期诊断较有帮助。MEFV 下降支正常人呈直线,下降陡峭。慢性阻塞性肺病患者在 75%肺活量时流速明显下降,肺气肿时曲线中段凸向容积轴。病情严重时,曲线低平,$\dot{V}_{50}$、$\dot{V}_{25}$则随病情加重而减少。

(三)等流量容积(Viso—V):分别测定呼吸空气时和呼吸低密度气体(一般氮占 80%和氧占 20%的混合气)时的 MEFV 曲线,将 2 个曲线重叠一起,绘在同一坐标轴上,在曲线的下降支上 2 条曲线相交处所指示的肺容量,称为等流量容积(Viso—$\dot{V}$)。有小气道阻塞的患者 Viso—$\dot{V}$升高。

三、弥散功能测定

气体分子通过肺泡膜(肺泡-毛细血管膜)进行交换的过程称弥散。

弥散功能是以肺泡毛细血管膜两侧气体分压差为133.3Pa(1mmHg)时，单位时间所能通过的气量即弥散量为指标。由于CO_2弥散能力很强，相当于O_2的20倍，故临床上不存在CO_2弥散功能障碍，一般弥散障碍都是指氧而言。

由于直接计算弥散量要测定肺毛细血管血液氧的平均分压，方法非常复杂。故常用CO作为测定气体，先求得CO弥散量(DLCO)，间接计数氧弥散量。目前常用CO吸入法。参考值：26.47～32.92ml。

临床意义：肺弥散量与肺泡膜的面积、距离、肺泡膜的变性都有关系。弥散量减少见于下列疾患：

(1)弥散面积减少，如全小叶性肺气肿、肺结核和其他肺组织病变等。

(2)肺泡膜、毛细血管壁增厚，如弥散性肺间质纤维化、石棉肺、结节病等。临床上，单纯因弥散功能障碍导致缺氧的患者并不多见，往往是肺部病变产生弥散功能减退的同时，就有明显的通气/血流比例失调，其后果均导致缺氧。

四、血液气体分析和酸碱度测定

(一)动脉血氧分压(PaO_2)：是血液中的物理溶解氧分子所产生的压力。正常值12.6～13.3kPa(95～100mmHg)，随年龄增长而减少，70岁以上老年人正常值可低于12.0kPa(90mmHg)。氧分压与血氧饱和度的关系以血红蛋白氧离解曲线表达。由于曲线的"S"形特点，反映轻度缺氧时，氧分压远较氧饱和度为敏感。血氧分压降低至8.0kPa(60mmHg)以下，说明已濒失代偿的边缘，临床上以8.0kPa(60mmHg)作为诊断呼吸衰竭的实验室数据。

(二)动脉血二氧化碳分压($PaCO_2$)：是血液中物理溶解二氧化碳分子所产生的压力，正常值为5.1～5.6kPa(38～42mmHg)，$PaCO_2$与肺泡气CO_2(P_ACO_2)接近平衡，故动脉血二氧化碳分压反映整个肺脏肺泡二氧化碳分压的平均值是衡量通气功能的指标。通气不足，二氧化碳分压增高。过度通气则减少。动脉血二氧化碳分压大于6.7kPa(50mmHg)提示明显通气不足，也是诊断呼吸衰竭的实验室指标。

(三)动脉血氧含量(CaO_2)：为100ml动脉血含氧量的毫升数。正常值约为20容积%。它是血红蛋白结合氧和血浆溶解氧量的总和。血氧含量减少可能是没有足够的氧与血红蛋白相结合，或没有足够的血红蛋

白与氧结合(贫血);或两者兼有,其后果将是组织氧供应减少。如慢性呼吸衰竭时,由于代偿性红细胞增多,虽然 PaO_2 和 SaO_2 下降,$Ca(O)_2$ 可能仍接近正常。

(四)pH 值:pH 是血液中氢离子(H^+)浓度的负对数。它反映血液的酸碱度。正常值为 7.4～7.5。pH 值大于正常,提示氢离子浓度减少,为碱中毒;pH 值小于正常,提示氢离子浓度增加,为酸中毒。

(五)动脉血氧饱和度(SaO_2):是单位血红蛋白含氧百分数,正常值约为 97%。此项指标可反映血液运转氧的能力和血红蛋白对氧的亲和力。

(六)碱剩余(BE):是在 38℃、二氧化碳分压为 5.3kPa(40mmHg)、血氧饱和度 100% 条件下,血液滴定至 pH7.4 所需要的酸或碱量。它是机体代谢酸碱失衡的定量指标,需要酸量以正值表示,提示代谢性碱中毒;需要碱量以负值表示,提示代谢酸中毒。参考值在 ±20mmol/L 范围内。

(七)缓冲碱(BB):包括血中[HCO_3^-]、血红蛋白、血浆蛋白和[HPO_3^-]等的总和,其中以[HCO_3^-]和血红蛋白、血浆蛋白最为重要。全血 BB 正常值为 45～55mmol/L,平均为 50mmol/L。代谢性酸中毒 BB 减少,碱中毒 BB 增加。

第六章　内窥镜检查

纤维胃、十二指肠镜检查

纤维胃、十二指肠镜能全面观察并记录胃部病变，并可通过胃幽门环了解十二指肠情况。也可依需要钳取胃、十二指肠病变活体组织。

【适应证】

（一）原因不明的上腹痛、吞咽困难或幽门梗阻者。

（二）X线钡餐检查疑有上消化道病变需进一步明确诊断者。

（三）不明原因的上消化道出血者，必要时可行紧急胃镜检查。

（四）食管及胃手术后仍有症状或慢性胃病疑有恶变者。

（五）肝胆胰疾病需逆行胰胆管造影者。

（六）上消化道病变手术后需定期随访者。

（七）需上消化道内镜下治疗者，如异物取出（包括胆道蛔虫、残留缝线等）、止血、息肉摘除、食管静脉曲张硬化剂治疗、管腔狭窄扩张、胆道梗阻的鼻胆管引流、乳头切开引流及取石等。

【禁忌证】

除严重心肺疾患、休克、主动脉瘤为绝对禁忌外，下列各项均属相对禁忌证：

（一）患有精神病或检查不能合作者。

（二）疑有胃肠穿孔或急性腹膜炎者。

（三）严重感染、昏迷、高血压者。

（四）活动性病毒性肝炎或乙型肝炎e抗原阳性者（可设专用内镜检查，术后用戊二醛、食具333等可灭活乙型肝炎病毒的消毒剂严格消毒）。

（五）冠心病、心肌梗死恢复期必须检查时应做好预防和监护措施；急性咽喉炎症者待炎症消退后检查，出血性疾病患者禁忌活检。

【术前准备】

(一)检查前晚进易消化食物,术晨禁食、禁水;或空腹6～8h以上。重症、衰竭者术前静注高渗葡萄糖。有幽门梗阻者应抽空胃滞留物。钡餐造影者,宜2d后检查。

(二)术前用药:肌注阿托品0.5～1.0mg或山莨菪碱10mg,用4%～8%利多卡因或1%～2%地卡因喷雾麻醉咽部。精神紧张者可肌注安定5～10mg。

【操作要点】

患者取左侧卧位,咬住牙垫,术者单人操作或助手协助插镜及进退镜。进镜与退镜时观察食管及胃及十二指肠有无变形、狭窄,皱襞走行及形态有无异常,粘膜色泽、光滑度、血管显露情况、粘液量、颜色、清彻或浑浊;粘膜有无充血水肿、糜烂、溃疡及肿物。对可疑病变可照相、取活组织及刷细胞送病理检查,进一步鉴别病变和提高肿瘤的检出率,可用美蓝、靛胭脂、刚果红及复方碘液等做染色。

【术后处理】

术后1h内不进食水,待麻醉作用消失后先饮水,无呛咳时可进半流质或细软饮食。如活检部位出血较多时可口服云南白药1～2d。一般术后不需休息,但术中出血较多或电切息肉、乳头切开术后须常规查体。术后发现胸腹剧痛、呕血、黑便时应即刻就诊。对出血较多者应紧急胃镜复查,对出血病灶可用高频电凝、激光、微波止血;食道静脉破裂出血,用硬化剂疗法;穿孔多须外科手术;轻症可禁食、服白蔹粉及用抗生素保守治疗,亦可痊愈。

紧急上消化道检查

【适应证】

上消化道出血发生后48h内为明确病因或须镜下止血者。

【禁忌证】

同上消化道内镜检查术。休克未纠正、神志不清和病情不允许内镜检查者。

【术前准备】

(一)同上消化道内镜检查术。

(二)依病情决定术前是否给以冰水洗胃,一般呕吐物有血块者应洗胃,准备好紧急措施和镜下止血药物及其他止血器械。

(三)选用前视胃镜,并由操作熟练的医师进行检查。

(四)有低血压或休克前兆者,应建立静脉输液通道。

【操作要点】

(一)插镜方法与上消化道纤维内镜检查术相同。

(二)边进镜边观察,直到发现病变。退镜时仍应按常规检查方法再仔细观察,发现病变时应仔细辨认,该病变是否具有出血的证据(如溃疡底部的血管显露、病灶上有凝血块或喷血、渗出)。不能满足于一处病变的发现。

(三)发现活动性出血灶时,同时采取相应的止血措施,如药物喷洒、高频电凝、微波、激光治疗等。

逆行胰胆管造影(ERCP)

【适应证】

(一)原因不明的梗阻性黄疸。

(二)疑有胆石症而X线、B超检查未能证实者。

(三)复发性胆道疾病,特别是胆囊或胆道手术后综合征者。

(四)疑肝、胆、胰系统的恶性肿瘤者。

(五)疑有慢性胰腺炎、胰腺囊肿者。

(六)对胆囊、胆总管的阴性结石,需用X线定位后接受体外震波治疗者。

【禁忌证】

(一)上消化道内镜检查禁忌者。

(二)碘过敏者。

(三)急性胰腺炎或慢性胰腺炎急性发作。

(四)急性胆道感染,特别是化脓性胆管炎,但留置鼻胆管引流时不属禁忌。

【术前准备】

(一)造影前1d,查血、尿淀粉酶,如血淀粉酶>180u/h或尿淀粉酶>1 200u/h(碘淀粉比色法)者暂缓检查;碘过敏者终止检查。

(二)术前禁食 6h 以上。必要时术前 1h 静注 50% 葡萄糖 50～100ml。

(三)术前 20min 肌注阿托品 0.5mg 或山莨菪碱 20mg、哌替啶 50mg、安定 10mg。

(四)服祛泡剂,咽部表面麻醉等同胃镜检查。

【检查方法】

在 X 线检查室进行检查。器械准备和具体操作方法详见有关专著。

【术后处理】

(一)术后用推车送患者回病房。

(二)胰管显影者,术后 2h 及次晨应查血象,血、尿淀粉酶,如血淀粉酶＞180u/h 或尿淀粉酶＞1 200u/h(碘淀粉比色法)应按急性胰腺炎处理。

(三)胆道疾患者,术后如出现黄疸、高热、胆绞痛时,应按急性胆道感染处理。如有胆总管下端梗阻,则可行内镜下乳头切开术、鼻胆管引流术或外科手术治疗。

(四)术后酌情补液和应用抗生素。

纤维胆道镜检查

一、手术中胆道镜检查

纤维胆道镜可用于胆道手术过程中,探查胆道内尤其是肝内胆管有无结石、肿瘤、炎症、狭窄等,并可经胆道镜进行活检与刷细胞做病理学检查。因在胆道手术过程中进行,术前及术后勿须特别处理,但胆道镜需严密消毒。

二、经"T"形管窦道纤维胆道镜检查

【适应证】

(一)经"T"形管造影证实胆道内有残留结石或胆管狭窄,需经胆道镜进行扩张者。

(二)疑十二指肠乳头括约肌功能紊乱,准备经胆道镜送入压力感受器进行壶腹部压力测定者。

【术前准备】

术前 30min 肌注哌替啶 50～80mg、安定 10mg。

【操作方法】

(一)拔除"T"形管后,由"T"形管窦道送入胆道镜至胆总管,边注生理盐水边进镜,向下探查胆总管下端直至经壶腹部进入十二指肠。然后向上探查总肝管,左右肝管及其二级甚至三、四级分支。

(二)对可疑病变进行照相、活检、刷细胞送病理检查。

(三)可进行胆道造影。

(四)发现有结石、蛔虫者送入取石网篮取出。

(五)术后经窦道置一直形胶管,直至有胆汁流出,以胶布固定于皮肤上。

【注意事项】

(一)在胆道手术后3周内进行。

(二)术后保持胶管引流通畅,防止滑脱。如脱出,应及时将胶管送入胆道内;如为结石堵塞,应及时用胆道镜取出。

(三)观察体温、脉搏、血压。如有发热,应用抗生素治疗,发现血压下降,胶管内有鲜血流出或出现呕血、黑便,应立即行胆道镜检查,及时处理。

(四)胶管持续开放引流24h后,可夹管观察3d,如无发热、黄疸而又不需再行窦道胆道镜检查或治疗者可拔管。

小肠镜检查

【适应证】

(一)已排除上消化道及大肠疾病所致的消化道出血、慢性腹泻、吸收不良综合征者。

(二)全消化道钡剂造影疑小肠疾病而性质未明者。

【禁忌证】

同胃、十二指肠镜检查。

【术前准备】

同逆行胰胆管造影。

【插镜方法】

(一)由于镜型的不同,插镜方法有以下4种。

1. 推进式插镜法:小肠镜与胃镜结构相同而长度稍长,为165~

220cm，为循腔进镜方式插镜（方法从略），可送至Treitz部位以下空肠50～70cm。

（二）探条式插镜法：小肠镜细长（约330cm），镜头端带一气囊，当镜头到达十二指肠后注水使气囊充盈，借助小肠蠕动的推力，推动带气囊的内镜前进。配合肠蠕动增强剂，较快地送达回肠末段，通常退镜时仔细搜寻病变。

（三）肠带诱导式插镜法：先存入一条带气囊细尼龙管有长度为4m、7m 2种），待从肛门排出后，将口侧尼龙管从小肠镜活检道穿过，然后内镜在尼龙管的引导下向纵深推进，可送达回肠末观察全小肠。

（四）结肠镜逆行插镜法：主要检查回肠末段，可观察距回盲瓣30～50cm。

目前小肠镜检查远未普及。4种插镜方法中仅探条式及肠带诱导式2种方法可观察全小肠，但操作费时，有一定痛苦，因肠带诱导法尚不能用于小肠狭窄，对小肠出血病变导致再出血的危险，故目前全小肠镜检查主要用带气囊的小肠镜。

纤维支气管镜检查

【适应证】

（一）疑及肺或支气管的出血，需明确病变部位及性质者。

（二）原因不明的持续性咳嗽、喘鸣，疑支气管阻塞、支气管内膜结核、异物者。

（三）痰中发现肿瘤细胞，为进一步确定肿瘤性质、部位、范围者。

（四）胸部X线检查发现阴影、块影、肺不张、弥漫性肺病变时，为明确病变性质。

（五）经纤支镜做选择性支气管碘油造影（限局性小范围支气管造影）及穿刺气管外或气管壁做吸引活检。

（六）气管、支气管及肺手术后随诊观察者。

（七）支气管病变及阻塞的治疗。

【术前准备】

（一）检查凝血时间，必要时做血气分析。

（二）术前禁食4～6h，30min前皮下注射阿托品0.5mg。精神紧张者

适当给以镇静剂。

(二)检查前用1%地卡因或2%利多卡因进行鼻、咽、喉、气管麻醉。

【检查方法】

(一)术前戴消毒手套,尽量在镜检室或手术室进行检查。

(二)患者取仰卧、侧卧或靠背坐位。纤支镜通常经鼻腔进镜(如经口腔插入应加牙垫)。亦可经气管切开套管或气管插管进镜。

(三)在直视下进镜,看清会厌和声门,嘱患者深吸气,当声带外展时,纤支镜从正中进入气管,徐徐前进,边深入边观察。

(四)正常隆突光滑、锐利、活动良好,位置稍偏左后。然后观察左右支气管,先查健侧,后查患侧。病侧不明者,先查右侧。自上而下循序观察各级叶、段、亚段支气管。注意粘膜光泽、颜色,有无充血、水肿、出血,管腔有无狭窄、阻塞、新生物及异物等。发现病变后,先照像或录相,后活检,最后刷检。

(五)检查完毕,将镜徐徐退出。

【术后处理】

(一)术后禁食2h,然后饮水少量,如无呛咳即可进食。

(二)注意痰中血量,尤其活检者更应注意。痰多者应鼓励咳嗽。

(三)术后一般不用抗生素,疑有感染者可酌情应用。

【注意事项】

(一)鼻、咽、喉、气管麻醉要确切,术中可经支气管镜补充麻醉。但1%地卡因总量应<60mg,以防过量中毒;2%利多卡因<250mg。

(二)注意术中及术后的并发症,并及时处理。

腹腔镜检查

【适应证】

(一)原因不明性腹水,如癌性腹水或肝硬化性腹水。

(二)原因不明性持续性黄疸者。

(三)确定盆腔或腹腔肿瘤性质及钳取活体组织。

(四)疑诊宫外孕或卵巢滤泡性出血者。

(五)明确腹腔前壁、肝胃腹侧面、胆囊底部、大网膜、盲肠腹面、小肠、乙状结肠、阑尾、肿大脾脏等病变及女性盆腔器官病损(如女性不孕症、子

宫内膜异位症、女性内生殖器官畸形等)。

(六)治疗性应用，如取卵、止血、结扎输卵管及未破裂型输卵管妊娠的治疗等。

【禁忌证】

(　)严重的心肺功能不全、肠梗阻、弥漫性腹膜炎伴肠粘连、巨大腹部包块、妊娠后期及出血性疾患等。

(　)有腹部手术史、局限性腹膜炎、肥胖、腹壁疝等为相对禁忌证。

【术前准备】

(一)验血型及出、凝血时间。

(二)术前 9h 服蓖麻油 30～40ml，自行排便。女性患者需阴道冲洗 1 次。术前 12h 内禁食。

(三)术前腹部、脐窝及外阴部备皮。

(四)术前 30min 肌注芬太尼 0.1mg。

【检查方法】

(一)取膀胱截石位。按腹部手术要求常规消毒皮肤、会阴，女患者尚须消毒阴道、宫颈，铺无菌洞巾，女患者安放子宫导管。

(二)于脐轮下缘 0.5～1cm 处以 1%～2% 普鲁卡因逐层麻醉皮肤、皮下、筋膜及腹膜，然后横行切开皮肤 1.2～1.3cm。

(三)用特制的 Verre 针在切口正中先垂直穿刺皮下及筋膜层后针尾稍向头端倾斜，针头对准空虚的盆腔方向穿刺腹膜进入腹腔。调整体位，呈头低臀高位，然后缓慢地向腹腔内充入 CO_2 气体 2L。

(四)按 Verre 针穿刺的步骤和方法，以边旋转边内进的手法，将 Frocar 套管针穿刺入腹腔。

(五)拔出 Frocar 针芯，放入腹腔镜，按一定次序检视盆腹腔内脏器情况。沿下腹壁，依次是膀胱、子宫及其各对韧带、输卵管、卵巢、直肠、乙状结肠，必要时可抽取腹腔液做细胞学检查，也可做输卵管通水试验，然后在窥视下将床调整成头高臀低位，逐渐将镜体调转方向检视小肠、网膜、横结肠、胃、肝、胆、脾及膈下间隙。必要时随时取活检。活检后的出血点可以压迫止血，较大的出血点需电灼或激光止血。

(六)检查及治疗结束后，仍将床调整成头低臀高位，在窥视下排出气体，慢慢拔出套管，勿将网膜等组织带入腹壁伤口内。最后，将皮肤、皮下

和筋膜共缝 1 针，无菌包扎。

纤维结肠镜检查

【适应证】

(一)X 线钡灌肠发现或可疑有异常，需进一步确诊者。

(二)原因不明的消化道出血。

(三)有结肠病变症状而 X 线钡灌肠阴性者。

(四)确定结肠炎病变的部位及范围，观察内科疗效者。

(五)结肠癌术后随访及疑肿瘤复发者。

(六)对原有病变(息肉、溃疡性结肠炎等)怀疑癌变者。

【禁忌证】

(一)严重高血压及心肺疾患者。

(二)患有精神病或检查不能合作者。

(三)腹腔或下消化道急性炎症者。

(四)下消化道急性大出血期。

(五)肠道有异物或近期手术有穿孔可疑者。

(六)肠道狭窄或肠粘连者。

【术前准备】

(一)检查前晚进流质，睡前服蓖麻油或液体石蜡 30ml。

(二)检查前彻底清洁灌肠。

(三)检查前肌注哌替啶 50～100mg、阿托品 0.5mg，也可用安定 10mg。

【检查要点】

(一)患者取左侧卧位，检查直肠和会阴部有无妨碍插镜的因素。助手位于患者右侧，右手握镜并于前端部涂润滑剂，从肛门缓慢插入，术者左手握镜近端操作部，注入适量空气使肠腔张开，并于直视下观察肠腔及肠粘膜，并沿肠腔中心向前缓慢推进肠镜。待镜头达直肠及乙状结肠移行部(15～20cm)后，患者转为仰卧位，将镜身推向患者腹侧，注入少量气体即可找到肠腔。因乙状结肠和降结肠的移行部呈锐角，故需采用下述手法方可进降结肠：

1. 乙状结肠牵引拉直法：镜头达乙状结肠起始部，向右调整角度钮

或顺时针旋转镜身60°～90°，再向上调角度钮，使镜头对准乙状结肠拐弯处，缓缓插入肠镜即可从弯曲部达乙状结肠移行部，此时采用牵引拉直乙状结肠的手法，即先将肠镜的末端向上固定，然后缓慢向外拉出肠镜，乙状结肠及镜身可被拉直，移行部锐角消失，肠镜继续推进即可达降结肠。

2.α旋转法：若上法未成功，可用本法。肠镜呈顺时针走行，末端部越过弯曲10cm左右时，助手用右手握镜身逆时针旋转，同时用左手在腹壁上触摸镜头，并将其从左腹推向右腹侧，边推边旋转镜身，术者也随着逆时针方向旋转操作部，镜头从左腹侧转到右腹后，乙状结肠移行部锐角变钝，缓慢进镜达降部。

（二）循肠渐进通过降结肠，边进边于内侧壁寻找横结肠开口，发现开口后，调镜头向右对准开口部推进入横结肠。将镜头向下弯曲钩住肠壁固定，此时，边顺时针转动镜身边拉出镜管，将α弯曲拉直。

（三）镜头达横结肠中部下垂最低点后，助手用手将下垂之横结肠向上推，这样镜头较易通过下垂弯曲部而看到肠腔，再调镜头向上，并继续向肝区推进，调镜头向左下即可发现升结肠开口，循肠腔推进，即达升结肠起始部。

（四）由升结肠至盲肠后，可以从侧面观察到形似唇样的回盲瓣，向左上方向，可正面观察回盲瓣，待其开口后再推进镜身，即可进入回肠末端。然后边退边观察肠腔及粘膜情况，发现异常，可取活检或刷片病理检查协诊。

膀胱镜检查

【适应证】

（一）需要了解膀胱病变情况或活组织检查者。

（二）需做分肾功能检查及逆行肾盂造影者。

（三）确定泌尿系相邻器官病变是否侵及泌尿系，及其病变性质、侵犯部位及范围者。

（四）患者需开展某些泌尿系手术，如肾盂冲洗、膀胱电灼、膀胱碎石、套取输尿管结石、钳取异物、电灼肿瘤、经尿道内电凝治疗尿道狭窄和前列腺肥大等。

【禁忌证】

(一)急性尿路感染及结核性膀胱炎症状严重者。.

(二)膀胱容量过小(＜50ml)者。

(三)骨关节疾患不能摆放镜检体位者。

(四)尿道狭窄,膀胱镜不能插入者。

(五)对于大量血尿、孤立肾、尿毒症及巨大肾盂积水等应慎重。

【术前准备】

1. 会阴部备皮,需做逆行肾盂造影者,应清洁灌肠做好肠道准备。

2. 膀胱镜、输尿管导管及其辅助器械均用4%～10%福尔马林浸泡15～30min消毒。

【检查方法】

(一)患者取截石位,外阴消毒,铺无菌膀胱检查巾,向尿道内注入粘膜表面麻醉剂。

(二)导入膀胱镜,抽出闭孔器,测残余尿及观察尿的颜色,需要时留尿送检。

(三)插入内镜,向膀胱内充水,接通光源,可边充水边看,亦可预充水200ml左右后再观察。

(四)根据检查目的进行诊断或治疗性的各种操作。

(五)检查完毕后,抽出内镜或操作镜,放出膀胱内液体,退出膀胱镜。

【术后处理】

(一)术后应多饮水,注意尿量及血尿情况。

(二)适当给予解痉镇痛剂及抗生素。

【注意事项】

(一)重症或耐受性差者可行骶管麻醉或鞍麻。

(二)术中应严格无菌操作。

子宫镜检查

【适应证】

(一)异常子宫出血、闭经、不孕症及可疑宫腔内新生物和畸形者。

(二)需行分离宫腔粘连,粘堵输卵管及宫内节育器的定位和取出等。

【禁忌证】

活动性子宫出血、急性生殖道感染、近期内子宫穿孔或手术、子宫颈狭窄或宫颈癌等。

【检查方法】

(一)排空膀胱,取膀胱截石位。常规冲洗、消毒外阴、阴道。

(二)扩张子宫颈至6.5号后将镜管轻轻放入子宫颈内口,在17.3kPa左右的压力下以5%葡萄糖液冲洗宫腔至流水清亮为止,继而缓缓注入CO_2或其他膨宫液(5%葡萄糖液、32%中分子右旋糖酐、1%羟甲基纤维素),在宫腔内压力不超过21.3kPa条件下,按一定顺序进行其他治疗性操作。

【术后处理】

术后卧床观察1h。必要时给3d抗生素预防感染。2周内禁房事。少数人出现下腹痛,休息后可自行缓解。患者有少量阴道流血,可自然停止,无需处理。

膝关节镜检查

膝关节镜是硬质的、尖锐的、具有数种不同视角的特殊内窥镜。

【适应证】

(一)临床不能确诊的膝关节内损伤如软骨骨折、骨软骨骨折、不典型的半月软骨损伤或十字韧带损伤。

(二)诊断不明的滑膜炎,须做关节镜检查并取滑膜做病理检查。

(三)镜视下手术治疗,如摘除关节内游离体、刨削病变的关节软骨、部分切除半月软骨等。

(四)关节冲洗:治疗骨关节病、创伤性关节炎、慢性关节积液、类风湿性关节炎、化脓性关节炎等。

(五)长期关节病或再损伤,包括术后病因不明的疼痛者。

【检查方法】

关节镜检查应在手术室内进行。

(一)患肢剃毛、备皮。

(二)麻醉:如只做关节滑膜检查或活检、小游离体摘除时,可用局部麻醉;若是膝关节损伤或关节内有较大的操作,应施硬膜外麻醉或腰麻。

(三)大腿上系充气止血带备用(只在关节内出血,影响检查时用)。

(四)按膝关节手术常规消毒皮肤及铺无菌巾。膝关节下铺塑料滑膜单。

(五)伸膝位,18 号针从髌骨外上方或内上方穿刺进关节腔,抽净关节积液,注入温生理盐水 75～100ml 并与生理盐水吊瓶连接。

(六)屈膝 20°,髌韧带外侧做 0.5～1.0cm 切口,用带套管的粗针穿刺入关节腔,抽出针管,沿套管插入关节镜。逐渐伸直膝关节,使关节镜滑至髌上囊。接通电源、光源及冲洗开关,开始检查。应按一定顺序检查,以免遗漏,发现病变即进行处理或治疗。

(七)检查完毕,冲洗关节腔,拔出关节镜及套管,缝合皮肤,加压包扎膝关节。

(八)术后休息 1～3d 可下地活动,7～10d 拆线。

【注意事项】

(一)膝关节骨性强直、纤维性僵硬、全身性重症或血行性感染;关节局部有皮肤感染灶者禁做此项检查。

(二)术后多有一过性沉重感或肿胀,可少量应用激素。

(三)术后并发症有感染、关节软骨损伤、关节内出血、内侧副韧带损伤。偶见有动脉破裂、深静脉血栓继发肺栓塞、阴囊气肿者。

第七章　病变组织取材及病理学检查简介

病理学检查是诊断疾病，估价患者预后的重要手段。做为一个医生必须具备一定的病理学基本技能和基本知识。在临床上，病理学检查包括活体组织检查和脱落细胞检查。本章简要介绍活体组织检查和脱落细胞检查的基本原则、方法步骤和临床意义。

第一节　活体组织检查

取材方法

(一)取材的一般原则：

1．选择恰当的取材部位，力求切取有明显病变的组织。如疑为肿瘤时，应切取瘤体本身，并尽可以连带瘤体边缘组织；如病变为溃疡，应切取溃疡底部和边缘组织；如病变有坏死时，应切取边缘组织送检。

2．取材刀具要锋利，要求一刀切开标本。避免用齿镊或钳夹取，因组织受挤压后可使组织细胞结构发生严重变形、碎裂而难以辨认。

3．手术切除较大的肿瘤或整个器官，应保持原形立即送检。必须剖开时，最好邀请病理医师到场，共同取材、固定，并在病理申请单内详细描述剖开前后情况。

4．在不损害患者的前提下，切取组织要有适当大小，如组织太小，往往不能全面反映病变或没有取到病变组织，而影响正确诊断。

5．细小(＜5mm)而易碎的小组织，如内窥镜活检组织须用小纱布包

裹，用大头针将标签固定其上，以防遗漏。或放入含10%福尔马林小瓶内，外贴标签送检。

6. 切取的组织应立即予以固定，以防组织腐败而影响诊断(固定方法见后)。

7. 认真逐项填写送检单。填写送检单的目的是供病理医师进行病理检查和诊断时参考，使活检工作与临床紧密联系。这对确切地做出病理诊断十分重要。因此，在送检单上，对患者的主要病史临床体征及检查结果、手术所见、年龄、性别都应填写清楚。如以前做过活检的病例应注明前次活检的结果和病理号，以便进行对比和复查；妇产科病例要注明月经情况；肿瘤病例须注明肿瘤所在的部位、大小、生长速度、活动度及转移情况等。如系多处取材应分别装入容器内，并将患者姓名和送检号签及时准确地贴在标本容器上，以免发生差错。最后送检医师署名后，连同标本送病理科进行病理学检查。

(二)几种特殊取材方法：

1. 针吸活检：

(1)选择最适宜的穿刺部位，按穿刺活检常规进行穿刺。

(2)组织取出后，应描述和记录组织条的长度、直径、颜色、有无破碎、均质或不均质。

(3)如果仅做常规组织学检查，则将标本固定于10%的中性缓冲福尔马林内，固定时尽量将组织平放在一个平面上。需要做免疫、组化、电镜等检查，则分别按有关注意事项和要求取材固定。

2. 印片：

(1)标本切下来后，用锋刀片将组织切成一个平面。切开时不可挤压组织。

(2)一手用镊子轻轻夹住组织，另一只手拿一张用酒精洗净的玻片按一定顺序轻轻接触组织面几次，待玻片略微发混即可。如果接触面有过多的血或太湿均需重印。一般印2～4张玻片。

(3)常规印片可用10%福尔马林液固定，HE染色，即可进行显微镜观察。

(4)印片制备后的组织块需固定做组织检查，以对照印片和切片中的细胞形态。

3. 染色体分析取材：组织切下来后，立即在无菌条件下取下一块无坏死的组织，然后用刀将其切成 $1mm^3$ 大小的块，放入有培养液的小瓶内，送遗传研究室。一般送检组织应保证需要，总体积不少于 0.5～$1cm^3$。

4. 激素受体检查取材：

(1)切下来的肿瘤组织应仔细进行检查，清除所有正常组织，选择无坏死的肿瘤组织。

(2)切下一块 1～$2cm^3$ 的肿瘤组织块，放入冰盐水内，用保温瓶立即送实验室或直接放入液氮内迅速冷冻。

(3)同时在相同部位取一块组织做组织学检查。

(三)几种特殊活组织检查的取材及处理：

1. 肾穿刺活组织检查：

(1)取材：肾组织取出后，立即用放大镜或解剖显微镜观察，确保肾皮质存在，最好有 8～10 个肾小球。肾皮质色较淡，肾小球呈不规则分布，肉眼观察呈针尖大的红色小点。肾穿刺标本应包括皮质和髓质 2 部分，长 0.9～1.2cm。

用刀片将肾皮质分切成 3 部分分别供电镜、光镜和免疫组化检查。标本分切方法有多种，但其原则是：电镜观察需 1～2 个肾小球，免疫学检查需 2～3 个肾小球，光镜观察需 6～7 个肾小球。分切标本时，应保持标本湿润，并尽可能在较短时间内完成。

(2)固定：电镜标本用 3% 戊二醛固定；光镜标本用 10% 中性缓冲福尔马林液固定；免疫学酶标检查可用 10% 中性福尔马林固定，石蜡切片；免疫荧光检查的标本用液氮速冻，冰冻切片。

2. 肝穿刺活组织检查：

(1)肝穿刺活检要求取肝组织长 1cm 以上，宽 1mm(含 7～8 个肝小叶)。

(2)描述和记录所取肝组织的长度、颜色、切割面(平滑、粗糙)、连续状或断续状等。

(3)取材首先取小块肝组织切成 $1mm^3$ 大小的组织数块，放入 4% 戊二醛固定，做电镜观察。其余肝组织立即放入生理盐水中 3～5min，待浸压部分舒张开来，再放在小滤纸上保持肝组织平直，最后放入固定液。固

定液常用10%中性福尔马林或福尔马林盐水。

3. 淋巴结活组织检查：

(1)选择淋巴结时，腹股沟和颈上部浅表巴结一般不应作为取材部位，因为这些部位常有较明显的炎症反应。通常取下颈部淋巴结，取材时应取深部淋巴结，阳性率高。

(2)取淋巴结包块时应注意，术中尽量切取较大的淋巴结，因为一组淋巴结中，大的淋巴结病变常较明显。取材时动作须轻巧，切勿钳夹挤压，以免造成组织细胞变形；取淋巴结应当尽可能完整，最好附有结外组织。

(3)淋巴结标本的处理，切下的淋巴结如不做特殊检查，则立即用湿盐水纱布包好送病理科。不能立即送时，则用福尔马林立即固定；如果怀疑感染性疾病，则需送培养。肿瘤性淋巴结常需做多项检查，一般立即送病理科处理，否则按有关检查的要求，固定和处理标本。

4. 肌肉组织活检：

(1)肌肉活检部位的选择由内科医生提示，外科医生切取；切取有病变可能的肌肉时应注意切取中度损害的肌纤维。明显损害的肌纤维或被脂肪纤维组织替代的肌肉组织不能取。另外，注射部位和创伤及刚刚做完肌电图的位置不能取或尽量避免取。

(2)要注意描写标本的大小、颜色、质地、纤维化、水肿、出血、坏死等情况。将所取标本分成3份：第1份速冻供酶组织化学检查；第2份切成小块用3%戊二醛固定供电镜检查；第3份最好用Rayport肌肉活检夹保持标本呈伸展状态或用丝线扎住肌肉两端并固定于小木棍上。标本用Bouin液或10%中性缓冲福尔马林液固定。

5. 胃粘膜活组织检查：

(1)取材应根据病变特点和检查目的，确定取材部位和数目。一般胃粘膜活检应分别做组织病理学和细胞病理学检查。钳夹组织前进行刷片，取下的组织先进行印片，再做组织学切片。钳夹取材要深达粘膜肌层。不同部位的取材应放入不同的容器内，注明标记，并在申请单内填写清楚。

(2)组织学检查标本用10%中性缓冲福尔马林固定；电镜检查标本用3%戊二醛固定。

6. 骨髓钻取组织活检：钻取的骨髓组织先做印片，然后将组织块分成2份，一份做常规组织学检查；一份做组织化学和电镜检查。在申请单内应记录和描述组织块的大致数量、外观及其与血凝块的相对量。常规组织学检查用10%缓冲福尔马林液固定4～6h；组织化学检查则根据选用方法来选固定液。电镜材料用3%戊二醛固定。

固　　定

固定是组织制片和完成观察的关键步骤，需病理医师和临床医师密切配合。切取下的组织应立即予以固定。一般固定液用10%的中性福尔马林。如果无此固定液，用95%酒精固定亦可。电镜观察的标本用1%～6%戊二醛(浓度取决于组织的含水量)固定。当临床需要做特殊病理检查时，应和病理科联系，选择和准备适当的固定液。

固定液的量要充足，至少相当于标本总体积的5倍以上。标本容器及其口径要适当大小，使标本保持原形进行固定，避免使标本受挤压。如果组织不能作到及时固定，就会使标本发生自溶，影响切片染色，使诊断难以进行。固定标本的容器上应有患者姓名；或送检单联号标签。如果同一患者被同时取数种组织或同一病变在不同部位切取多块组织(如了解肿瘤扩散情况而在肿瘤周边及局部淋巴结等多处取材)应分别固定，并注明取材部位。

脱水、透明、浸蜡

(一)短时程序(用于活检小组织，共3～4h)：

1. 固定时间不得少于3h。
2. 短暂流水冲洗。
3. 80%酒精浸泡(可省略)。
4. 95%酒精，3次，每次15～20min。
5. 纯酒精，3次，每次15min。
6. 纯酒精—二甲苯溶液(等量混合液)15min。
7. 二甲苯，2次，每次15min。
8. 石蜡，3次，每次15min。
9. 石蜡，真空中15～20min。

10. 包埋(见后)。

(二)长时程序(用于较大的标本):

1. 80%酒精,1h。

2. 95%酒精,3次,每次2h。

3. 纯酒精,过夜。

4. 纯酒精,2次,每次1h。

5. 二甲苯,3次,每次1h。

6. 石蜡,2次,每次2h。

7. 让石蜡凝固(组织仍放在石蜡中)2~3h。

8. 石蜡,真空中2h。

9. 包埋(见后)。

包埋、制片、染色

(一)包埋:

1. 石蜡:石蜡包括软、硬2种。软石蜡的溶点为45℃,适于质地较软的组织,如胎儿组织等。硬石蜡的溶点为60℃,适于致密纤维组织,如骨骼等。一般选用溶点56℃的石蜡,对各种组织大致均可适用。气温高的地方不能选用软石蜡,否则蜡块易熔,不便保存。

2. 石蜡包埋程序:镊子加热后,从烤箱中取出浸蜡的组织块,放入大小合适并已加入部分石蜡的包埋框(铜或不锈钢制成)底部。让石蜡逐渐凝固。如一次包埋多块组织时,操作应该迅速;否则一次倾倒多个包埋框,会出现尚未调正好组织的包埋面,石蜡便已完全凝固的现象。冷凝30min左右后,便可拆去包埋框,修整蜡块,放入冰箱以备切片。

(二)制片:

1. 切片机:有轮转式和滑动式两种。轮转式切片机,切片时组织块移动,这是最常用的切片机;滑动式切片机,切片时切片刀移动,适宜于切大组织、全器官包埋切片等。

2. 切片厚度:一般为6μm。细胞很丰富的组织(如淋巴结),4μm较好。有时需厚切片,如欲观察淀粉样变,10μm较好。

3. 修块、浸湿和冷却:修去多余的石蜡(但上下面应多保留一些)。固定在切片机上,调整好位置,使之与刀平行,修至组织切面完全暴露。

用湿棉花浸蜡地30s，将蜡地稍往后退（浸湿后的组织略微膨胀），用冰冷却刀口和组织地（切脑、脊髓、淋巴结时只需冷却刀口）。脆组织和出血多的组织可用10%氯化铵等碱性液体浸湿，使之变软和防止裂开。钙化组织可用10%甲酸浸湿

4. 切片和贴片：以缓慢而均匀的速度摇动手柄，太快会使切片厚薄不匀。形成的蜡带引入水浴中漂浮（水的温度应略高于所用石蜡的熔点），蜡带入水时应缓慢以减少气泡产生（用蒸馏水可减少气泡）。让蜡带展平、分开；然后用干净载片贴片，将载片竖立数分钟后，入37～40℃孵箱烤片（过夜），或至少在58℃烤箱中20～40min，染色前片子应自然冷却。

（三）染色（苏木素－伊红染色，即HE染色）：

1. 染液：

（1）Mayer苏木素溶液：钾明矾（或铵明矾）50g，蒸馏水1 000ml，苏木素（晶体）1g，碘化钠0.2g，柠檬酸1g，水合氯醛50g。

将明矾加入蒸馏水中，完全溶解后（可用磁力搅拌器加速）加入苏木素，完全溶解后加入碘化钠，振摇10min，加柠檬酸，振摇10min，加入水合氯醛，振摇10min至完全溶解。此时液体为深葡萄酒色，滴一滴在水中应立即变为蓝色。

（2）伊红－焰红B溶液：

伊红贮存液：1g伊红Y，加入100ml蒸馏水中。

焰红贮存液：1g焰红B，加入100ml蒸馏水中。

伊红－焰红工作液：1ml伊红贮存液，10ml焰红贮存液，780ml 95%酒精，4ml冰醋酸。配好后1周内使用。

2. 步骤：

（1）脱蜡至蒸馏水。

（2）Mayer苏木素，15min。

（3）温热水（自来水）冲洗，15min。

（4）蒸馏水洗。

（5）80%酒精，1～2min。

（6）伊红－焰红复染，2mn。

（7）脱水、透明：95%酒精、纯酒精和二甲苯各2次，每次2min。

(8)树脂封固。

活体病理组织检查的临床应用

(一)肿瘤:肿瘤病理检查基本任务是区别瘤样病变与真性肿瘤,癌前病变的检查,鉴别良、恶性肿瘤,判断肿瘤组织的来源、分型、恶性程度以及有无转移。

(二)消化道疾病:用于消化道疾病,如慢性胃炎、消化道溃疡病、肠结核、肿瘤、肠炎、肝脏疾病等病理检查,不仅成为常规检查方法,而且具有决定性的诊断意义。常用的取材方法有内窥镜检查、手术切除标本检查和穿刺取材。

(三)呼吸系统疾病:常用的取材方法有支气管镜检、肺穿刺活检和手术标本的检查,对早晚期肺癌、肺部感染性疾病的诊断都具有重要价值。

(四)心血管系统疾病:组织活检可了解风湿病变及其进展情况;心内膜、心肌检查用于心肌炎、心肌病的鉴别,心脏的继发性改变及心脏移植后排异反应等的诊断。

(五)泌尿系统疾病:肾穿刺活检对原发性肾小球疾病和肾脏肿瘤等疾病的诊断、分类和预后判断均具有重要意义;肾脏手术切除标本检查是临床病理工作中常见的标本,见于肾肿瘤、肾结核、肾盂积水等疾病。

(六)女性生殖系统疾病:常用的取材方法有宫颈刮片、钳取、刮宫、乳腺穿刺、手术标本等,用于宫颈炎、宫颈癌、绒癌、葡萄胎、乳腺癌、子宫体癌、子宫内膜增殖症、卵巢肿瘤等多种疾病的诊断。

第二节　脱落细胞学检查

脱落细胞学是用形态学的方法诊断肿瘤和其他疾病的方法之一,其优点是方法简单,检查迅速,容易取材,尤其适用于基层条件较简的医院。本法患者痛苦小,短时期内可查大量的患者,是肿瘤普查的一个重要方法。其基本方法是利用腔性器官表面脱落的细胞或用人工方法所得到的脏器细胞,进行涂片、染色、光镜观察。这些细胞可来自自然分泌物中,如尿、痰、阴道分泌物或前列腺等。亦可用人工方法取得,如穿刺液、冲洗

液、内窥镜刷片等。所以，脱落细胞学检查应用范围很广，包括食管、胃肠、支气管、泌尿系、生殖系、胸腹水、关节腔等，是值得大力推广的病理学检查方法之一。其取材方法有下几种：

（一）穿刺吸取法：适用于肿大的淋巴结、体表肿块、皮下及软组织肿块、骨、软骨及关节肿块、口腔、鼻腔、乳腺、甲状腺、睾丸、副睾、前列腺、直肠等肿块，不明原因的肝脾肿大，深部肿块可触及或用其他器械准确定位的肿块。局部常规消毒，麻醉，用 30～50ml 注射器和 7～9 号针头吸取，常规涂片、染色、显微镜观察细胞学改变。

（二）消化道细胞采集：可用管腔拉网，如食管拉网、胃拉网、直肠拉网检查等。

（三）刷片检查：使用气管镜、食管镜、胃镜、膀胱镜、结肠镜时，均可以毛刷样拭子擦拭病变粘膜取细胞进行检查。

（四）浆膜腔积液细胞采集：如胸腔、心包腔、腹腔、睾丸鞘膜、关节腔等有积液时，可通过穿刺吸出积液立即在离心机上离心沉淀 10～15min，倾去上清液取沉渣涂片、固定（95% 酒精或乙醚－酒精等量溶液）、染色、观察细胞变化。

（五）痰液标本采集：痰为呼吸道分泌物，对呼吸道某些疾病的诊断有一定的价值，尤其是呼吸道肿瘤。取材一般为早晨起床后第 1 口咯出的痰。痰咯出后要立即送检。时间过长细胞易退变，影响诊断。

（六）刮片：最多用于宫颈疾病的诊断。

（七）印片：主要用于手术中诊断，术中暴露或切下的组织标本横断后，用干燥载玻片直接在标本上印片，其优点是细胞可基本保持原来之排列结构。

第八章　常用诊断技术

青霉素、链霉素皮肤试验

【适应证】

(一)用青霉素、链霉素前,无论注射、口服或外用等,均应做皮肤过敏试验(皮试)。

(二)凡停用青霉素超过48h,链霉素超过72h,又需继续使用,应再做皮试。

(三)换用另一批号时,亦应用新批号药物重做皮试。

【操作方法】

(一)稀释液的制备:

1.青霉素:在40万u青霉素G瓶内,注入灭菌生理盐水4ml,取0.1ml稀释成1ml(10 000u/ml)。弃去0.9ml再稀释至1ml(1 000u/ml)。再弃去0.9ml,稀释至1ml(100u/ml)备用。

2.链霉素:于1g(100万u)链霉素瓶内,注入3.5ml生理盐水,化为4ml溶液(0.25g/ml)。抽取前液0.1ml稀释成1ml(0.025g/ml)。弃去0.9ml再稀释成1ml(0.0025g/ml即2 500u/ml)。

(二)用70%酒精消毒前臂屈面皮肤,皮内注射0.1ml试验液,成为直径约0.5cm的皮丘,注射后20min观察结果。

【结果判定】

(一)阴性:皮丘部无改变,周围不红肿。

(二)弱阳性:皮丘部发红,边缘有红晕,直径在1cm以内。

(三)阳性:皮丘部红肿、发硬、有伪足,边缘红晕直径超过1cm。

弱阳性者应于对侧前臂再做皮试,并用生理盐水做对照试验,如明显异常应视为阳性。

（四）迟缓反应：个别试验阴性患者，在注药后数小时或数日后可出现发热、皮疹等，亦有在注射数针后出现过敏性休克者，应立即停止用药。

【注意事项】

（一）有青霉素过敏史者，不应做皮试。

（二）试验前备好肾上腺素（必备！）、地塞米松等急救药。

（三）皮试后 30min 内，患者不得离开病室。密切观察有无速发反应，一旦出现过敏反应、过敏性休克，立即肌注 0.1% 肾上腺素 0.5ml 或静注地塞米松 5mg。

（四）注入试液的浓度和剂量要准确。

（五）注射针头要细而锐利，不可刺入过深，注药后不宜按压注射局部。

细胞色素 C 皮肤试验

【操作方法】

（一）皮内试验：将细胞色素 C 100 倍稀释液（0.075mg/ml）0.05ml 注于皮内，15min 后观察结果，如丘疹直径＞10mm 或发红直径＞15mm 为阳性，凡阳性者忌用。

（二）划痕试验：酒精消毒前臂屈侧皮肤，取 7.5mg/ml 的细胞色素 C 溶液 1 滴，滴于皮肤上，单刺或乱刺（范围不超过直径 5mm），至少量出血的程度，15min 后观察结果。

【结果分析】

（一）单刺：发红 10mm 以上，丘疹 7mm 以上为阳性。

（二）乱刺：发红 15mm 以上，丘疹 10mm 以上为阳性。

【注意事项】

（一）首次用药或治疗过程中断后再需用药，应做过敏试验。

（二）其他注意事项同青霉素皮试。

血清皮肤试验

【适应证】

各种血清注射前。

【操作方法】

(一)取血清0.1ml,用生理盐水稀释成1ml,取0.02ml注入前臂屈面皮肤内,15min后观察结果.

(二)同时用等量生理盐水皮内注射作对照,两者相距10cm;或于另侧前臂。

【结果分析】

凡注射处无反应,周围无红肿者为阴性。如对照为阴性,而血清注射处皮丘>1cm,有伪足或斑条状不规则者为阳性。

【注意事项】

(一)脱敏法:凡血清皮肤试验阳性者,需用某一血清时,应以脱敏方法给药。首次皮下注射1:20稀释液0.05ml,以后每相隔20min分别皮下注射1:10稀释液0.05ml;不稀释液0.1ml;不稀释液0.2ml。如某次注射后有反应,下次则注射原剂量1次。如各次均无反应,尽量1次肌注。

(二)其他注意事项同青霉素皮试。

破伤风抗毒素过敏试验

【适应证】

需用破伤风抗毒素者。

【操作方法】

(一)取破伤风抗毒素液0.1ml(1 500u/ml),稀释成1ml(即150u/ml)。

(二)皮内注射0.1ml(即15u)。15~30min后判断结果。

(三)脱敏法:用于预防用药时。共肌肉注射4次,每次间隔20min,首次肌注(150u/ml)1ml;第2次肌注(150u/ml)2ml;第3次肌注(300u/ml)2ml;如无反应,余量稀释成2ml,1次肌注。

【结果分析】

(一)阴性:皮丘无改变,周围不红肿。

(二)阳性:皮丘直径>1cm,有红肿、浸润,伪足纹斑条状不规则。

【注意事项】

与青霉素皮试相同。

结核菌素皮肤试验

【适应证】

(一)检查小儿有无受过结核菌感染。

(二)测定机体细胞免疫功能。

(三)测试成人是否有潜在的活动性结核。

【操作方法】

(一)用生理盐水稀释结核菌素(结素)成1:100、1:2 000与1:10 000 3种浓度试验。旧结素(OT)与纯蛋白衍生物素(PPD)在0.1ml稀释液中的相对单位与含量见表8-0-1。

表8-0-1 OT与PPD 0.1ml稀释液含量

结素单位(TU)	稀释度	含量	
		OT(mg)	PPD(ng)
1	1:10 000	0.01	0.02
5	1:2 000	0.05	0.10
100	1:100	1.0	2.0

(二)皮试方法:同青霉素,但从低浓度向高浓度逐次进行皮肤试验。如低浓度已为阳性,不再进行高浓度的皮试。如1:100稀释液皮试仍为阴性者,始可判定为阴性。

【结果判定】

试验72h后观察结果。①皮丘无反应为阴性;②皮丘红肿硬结直径<5mm为可疑(±);③5~9mm为弱阳性(+);④10~19mm为阳性(++);⑤20mm以上为强阳性(+++);⑥发生水泡、坏死者为最强阳性(++++)。

【注意事项】

(一)严格按说明书使用。

(二)高热、活动性结核病灶者不做此试验。

(三)注射后局部不要触摸、搔抓或强烈的日光暴晒。

(四)健康人及小儿宜从1:2 000开始。

(五)下列情况,机体内虽存在活动性结核病灶,可出现假阴性反应。

1. 结核杆菌感染人体4～8周内。

2. 重症结核，营养不良或各种危重患者。

3. 应用大剂量糖皮质激素或其他免疫抑制剂者。

4. 患某些急性传染病期间，如麻疹、伤寒等。

胸膜腔穿刺术

【适应证】

(一)胸腔积液需做诊断性穿刺，以确定积液的性质。

(二)须反复抽脓并注入药物的脓胸患者。穿刺抽液或抽气。

(三)人工气胸。

(四)胸腔内注射药物，以减轻对肺脏的压迫。

【操作方法】

(一)嘱患者面向椅背坐于椅上，两前臂置于椅背上，前额伏于前臂上。不能起床者可取半卧位，患侧前臂置于枕部。

(二)穿刺前应在胸部叩诊实音最明显的部位处进行，一般常选肩胛下角线第7～9肋间，也可选腋中线第6～7肋间或腋前线第5肋间为穿刺点。包裹性积液可结合X线或超声波检查决定。穿刺点可用龙胆紫的棉签在皮肤上做标记。若为气胸患者，则取半卧位，在患侧锁骨中线第2肋间隙处做穿刺。

(三)常规消毒皮肤，戴无菌手套，覆盖消毒洞巾。然后在穿刺点肋间的下位肋骨上缘注入适量的2%普鲁卡因溶液，边进针边注药，深达胸膜。对过敏体质者应在术前做普鲁卡因过敏试验。

(四)用左手拇指固定穿刺处皮肤，右手持针尾上套有橡皮管和附有钳子的穿刺针慢慢刺入，待穿过胸膜壁层，针锋抵抗感消失后，取注射器接于橡皮管，去掉钳子并抽液。抽出液体盛在消毒量杯中，以便观察其性状和送检。

(五)抽液毕拔出穿刺针，覆盖无菌纱布，稍用力压迫穿刺部位，用胶布固定后嘱患者静卧。

【注意事项】

(一)操作前应向患者说明穿刺的目的，以消除其顾虑。对精神过于紧张者，可手术前半小时服安眠酮0.1g或可待因0.03g以镇静止痛。

(二)操作中应不断观察患者的反应，如有头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部压迫感或剧痛、昏厥等胸膜过敏反应；或出现连续性咳嗽、咯泡沫痰等现象时，应立即停止抽液，并皮下注射1∶1 000肾上腺素0.3～0.5ml或进行其他对症处理。

(三)1次抽液不可过多过快。诊断性抽液50～100ml即可，一般首次不超过600ml，以后每次不超过1 000ml。疑为化脓性感染时，助手用无菌培养管留取标本，然后送细菌培养及药敏试验。检查癌细胞时，则至少需50ml液体并应立即送检，以免细胞自溶。

(四)穿刺与抽液时，应注意无菌操作并防止空气进入胸腔。

(五)应避免在第9肋间隙以下穿刺，以免穿透膈肌损伤腹腔脏器。

腹腔穿刺术

【适应证】

(一)怀疑腹腔积液、积血或腹水性质未明，须做诊断性穿刺者。

(二)当有大量腹水引起呼吸困难或腹部胀痛时，也可穿刺放液以减轻症状。

(三)腹腔给药。

(四)行人工气腹作为诊断和治疗手段。

【操作方法】

(一)穿刺前须排出小便，以免穿刺时损伤膀胱。

(二)嘱患者坐在靠背椅上，衰弱者可采取适当卧位，如半坐卧位、平卧位或侧卧位。拟大量放液时，腰背部铺好腹带。

(三)选择适宜的穿刺点：

1. 左下腹部脐与髂前上棘连线的中1/3与外1/3的相交点，此处不易损伤腹壁动脉。

2. 侧卧位穿刺点在脐的水平线与腋前线或腋中线交叉处，此部位较安全，常用于诊断性穿刺。

3. 脐与耻骨联合连线的中点上方1cm，稍偏左或偏右1～1.5cm处，此穿刺点处无重要器官且易愈合。

(四)穿刺部位常规消毒，戴手套及盖洞巾，并用2%普鲁卡因自皮肤至腹膜壁层做局部麻醉。

(五)医师用左手固定穿刺部皮肤,右手持针经麻醉处垂直刺入腹壁,待感到针锋抵抗感突然消失时,表示针头已穿过腹膜壁层即可抽取腹水,并将抽出液放入消毒试管中以备送检。做诊断性穿刺时,可直接用10ml或20ml空针及适当的针头进行。如须大量放液时,一般可用8号或9号针头,并在针座接一橡皮管,再夹输液夹子,以调整速度。将腹水引入容器中以备记量及做实验室检查。

(六)放液后拔出穿刺针,覆盖消毒纱布,用手压迫片刻,再用胶布固定。大量放液后则需束以多头腹带,以防腹压骤降,内脏血管扩张引起休克。

【注意事项】

(一)术中应随时询问患者有无头晕、恶心、心悸等症状,并密切观察患者呼吸、脉搏及面色等。如以上症状明显时,应立即停止穿刺,并做适当处理。

(二)放液不可过快、过多,肝硬化时一般1次不超过3 000ml。1次放液量过多可导致水、电解质代谢紊乱,大量蛋白质丢失以及诱发肝昏迷或发生虚脱、休克。

(三)肝昏迷先兆者禁忌放液;确诊粘连性结核性腹膜炎、包虫病、卵巢肿瘤者禁忌穿刺。

(四)放腹水时若流出不畅,可将穿刺针稍做移动或稍变动体位。

(五)术后嘱患者平卧,并使穿刺孔位于上方,以免腹水继续漏出。如有漏出时,可用蝶形胶布或火棉胶粘贴。

(六)放液前后均应测量腹围及复查腹部体征等,以便观察病情变化。

腰椎穿刺术

【适应证】

(一)脑和脊髓炎症性病变的诊断。

(二)脑和脊髓血管性病变的诊断。

(三)区别阻塞性和非阻塞性脊髓病变。

(四)气脑造影和脊髓腔碘油造影。

(五)早期颅高压的诊断性穿刺。

(六)鞘内给药。

(七)蛛网膜下腔出血放出少量血性脑脊液以缓解症状。

【禁忌证】

1. 颅内占位性病,尤其是后颅窝占位性病变。

2. 脑疝或疑有脑疝者。

3. 腰椎穿刺处局部感染或脊柱结核。

【操作方法】

(一)嘱患者侧卧于硬板床上,背部与床板垂直,头向前胸部屈曲,两手抱膝使其紧贴腹部;或由助手在医师对面用一手挽住患者头部,另一手挽住两下肢腘窝处并用力抱紧,使脊柱尽量后突以增宽脊椎间隙,便于进针。

(二)确定穿刺点,一般以髂后上棘的连线与后正中线的交会处为最适宜(为第3～4腰椎棘突间隙),有时也可在上一或下一腰椎间隙进行。

(三)常规消毒皮肤后戴手套与盖洞巾,用1%～2%普鲁卡因自皮下到椎间韧带做局部麻醉。

(四)医师用左手固定穿刺点皮肤,右手持穿刺针以垂直脊柱的方向缓慢刺入。成人进针深度为4～6cm,儿童则为2～4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时,可感到阻力突然消失。此时可将针芯慢慢抽出,即可见脑脊液流出。

(五)收集脑脊液2～5ml送检。如需做培养时,应用无菌操作法留标本。

(六)术毕,将针芯插入,并一起拔出穿刺针,无菌纱布覆盖,胶布固定,标本送检。

(七)术后患者去枕平卧4～6h,以免引起术后头痛。

【注意事项】

(一)严格无菌操作。

(二)颅内压增高显著者,一般不宜穿刺;若必须穿刺,宜先脱水治疗后再选用细针穿刺,针芯勿完全拔出,缓慢放液,取少量脑脊液(2～5ml)送检。

(三)针头刺入皮下组织后进针要缓慢,以免用力过猛时刺伤马尾神经或血管,以致产生下肢疼痛或使脑脊液混入血液影响结果的判断。如为外伤出血,须待5～7d后才能重新检查。

(四)术后 12～24h 内应注意观察意识、呼吸、脉搏、血压、瞳孔及肢体运动等变化。

【并发症及处理】

(一)腰椎穿刺后低压性头痛常在术后 2～3h 至 3d 内发生。处理:平卧、饮足量盐水,重者静滴生理盐水 500～1 000ml。

(二)脑疝形成应立即停止放液,并向椎管内注入生理盐水 10～20ml;或静脉快速滴注 20% 甘露醇 250ml。如脑疝不能复位,迅速行脑室穿刺,并采取其他紧急措施。

(三)颅内感染按细菌性脑膜炎处理。

脑脊液动力学检查

【适应证】

(一)测定侧窦有无血栓形成。

(二)确定椎管内是否梗阻。

【禁忌证】

同腰椎穿刺术。

【操作方法】

(一)腰椎穿刺成功后测脑脊液初压,并判定穿刺针完全在蛛网膜下腔内(压腹后脑脊液压力明显上升,放松后下降至初压水平)。

(二)分别压迫患者一侧颈静脉约 10s,记录压力上升和回复情况。

1. 若脑脊液压力在压迫颈静脉后立即上升达原有水平的 1 倍,解除压迫后在 20s 内降至原有水平,称奎氏试验阳性,提示该侧侧窦及蛛网膜下腔无梗阻。

2. 若脑脊液压力在压迫颈静脉后,不上升或略有上升,解除压迫后不下降或下降缓慢,称奎氏试验阴性,提示该侧侧窦及蛛网膜下腔有完全或不完全梗阻。

3. 若脑脊液压力初测不高,流出少量脑脊液后压力明显下降,奎氏试验阴性,提示压迫部位以下有椎管内阻塞。

【注意事项】

(一)脑出血或颅内压明显增高时,禁做此试验。

(二)力求测试准确。

骨髓穿刺术

【适应证】

(一)多数血液病(血友病禁忌!),单核-巨噬系统疾病及多发性骨髓瘤的诊断。

(二)取骨髓细菌培养或涂片寻找寄生虫,以协助某些传染病、寄生虫病的诊断。

(三)恶性肿瘤疑骨髓转移者;了解造血情况,以指导抗癌药物的使用。

【操作方法】

(一)选择穿刺部位:

1.髂前上棘穿刺点,位于髂前上棘后1~2cm,此部位骨面较平,易于固定,操作方便,无危险性。

2.髂后上棘穿刺点,位于骶椎两侧、臀部上方突出的部位。

3.胸骨穿刺点在胸骨柄或胸骨体相当于第1、2肋间隙的位置。胸骨较薄(1cm左右),胸骨后为心房和大血管,严防穿通胸骨发生意外。但由于胸骨骨髓液含量丰富,当其他部位穿刺失败时,仍需做胸骨穿刺。

4.腰椎棘突穿刺点,位于腰椎棘突出处。

(二)选择适宜体位:胸骨或髂前上棘穿刺时,患者取仰卧位;棘突穿刺时,患者可取坐位或侧卧位。

(三)术前做普鲁卡因过敏试验,无过敏时,常规消毒局部皮肤,医师带无菌手套,铺无菌洞巾,用2%普鲁卡因溶液做皮肤、皮下及骨膜麻醉。

(四)将骨髓穿刺针的固定器固定在适当的长度上(胸骨穿刺约1cm,髂骨穿刺约1.5cm),用左手的拇指和食指固定穿刺部位,以右手持针向骨面垂直刺入(若为胸骨穿刺则应与骨面成30°~40°),当针尖接触骨质后则将穿刺针左右旋转,缓缓钻刺骨质,当感到阻力消失,且穿刺针已能固定在骨内时,表示已进入骨髓腔。若穿刺针不固定,则应再钻入少许,达到能固定为止。

(五)拔出针芯,接上干燥的10或20ml注射器,用适当的力量抽吸,若针头确在骨髓腔内,当抽吸时,患者感到一种尖锐的疼痛,随即便有少量红色的骨髓液进入注射器中。骨髓液吸取量以0.1~0.2ml为宜。如

做骨髓液细菌培养，需在留取骨髓液计数和涂片标本后，再抽取1～2ml。

（六）将抽取的骨髓液滴于载玻片上，急速做有核细胞计数及涂片数张，备做形态学检查。

（七）如未能吸出骨髓液，则可能是针腔被皮肤或皮下组织块堵塞或干抽，此时应重新插上针芯，稍加旋转或再钻入少许或退出少许，拔出针芯，如见针芯带有血迹时，再行抽吸即可取得骨髓液。

（八）抽吸完毕，左手取无菌纱布置于针孔处，右手将穿刺针一起拔出，随即将纱布盖于针孔上，并按压1～2min，再用胶布将纱布加压固定。

【注意事项】

（一）术前应做出、凝血时间检查，有出血倾向患者，操作时应特别注意，对血友病患者禁止做骨髓穿刺。

（二）注射器与穿刺针必须干燥，以免发生溶血。

（三）穿刺针头进入骨质后避免摆动过大，以免折断；胸骨穿刺用力不可过猛，以防穿透内侧骨板。

（四）抽吸液量如为做细胞形态学检查，则不宜过多，过多会导致骨髓液稀释，影响增生度的判断、细胞计数及分类的结果。为作细菌培养可抽取1～2ml。

（五）骨髓液取出后应立即涂片，否则会很快发生凝固，使涂片失败。

肝脏活体组织穿刺术

【适应证】

（一）协助各型肝炎确定诊断、判定疗效及预后。

（二）肝肿大、肝功能异常而诊断不明者。

【操作方法】

（一）患者取仰卧位，身体靠近床沿，并将右手置于枕后。

（二）确定穿刺点，一般取右侧腋中线第8、9肋间隙，肝实音区处穿刺。如疑诊肝癌时，宜选择较突出的结节处穿刺。

（三）常规消毒局部皮肤，用1%～2%普鲁卡因进行皮肤及胸膜的局部麻醉。

（四）麻醉后用三棱针将皮肤及软组织刺一小导孔。常用带有针芯活塞的16号肝活检穿刺针，连接玻璃管及胶带，20ml注射器。助手持注射

器，术者持穿刺针及玻璃管，将针按导孔入肋骨上缘约进针 1cm 处（局麻时留意刺到肝包膜前的深度），等待间肝脏刺入。嘱患者再练习深吸气，深呼气末屏息片刻 1～2 次。当再深呼气末屏息时，术者将针刺入肝脏（成人约 6cm）后拔出。当术者进针时，助手即抽注射器呈真空状态。拔针后术者以纱布压迫穿刺点 5～10min，无出血后，用碘酒、酒精消毒，放纱布固定，扎好胸带。按需要将肝组织分放入福尔马林固定液或特定固定液内。

【注意事项】

（一）术前应测定血小板数、出血时间、凝血时间、凝血酶原时间。如不正常时，应肌肉注射维生素 K_1 8mg，1 次/d，内服维生素 C 及钙片 3d，待各项准备达允许标准后方可穿刺。

（二）穿刺前应测血压、脉搏和进行胸部透视，观察有无肺气肿胸膜增厚。注意血压波动和避免损伤肺组织。测定血型以备必要时输血。术前 1d 服安眠酮 0.1g。

（三）术后应卧床 24h，4h 内每隔 15min 数脉搏 1 次，每半小时测血压 1 次，严密观察患者，若发现患者脉搏细弱加快、血压下降、出冷汗、烦躁不安、面色苍白，则为内出血征象，应紧急处理。

（四）穿刺后如局部疼痛，应仔细检查引起原因，若为一般组织创伤性疼痛，可给止痛剂，若发生气胸、胸膜性休克或胆汁性腹膜炎时，应及时处理。

肝脏穿刺抽脓术

【适应证】

肝脓肿时抽脓检查病因或抽脓治疗。

【操作方法】

（一）术前准备与穿刺部位同肝脏活体组织穿刺术。如疑诊阿米巴性肝脓肿时，则应先用灭滴灵、氯奎等抗阿米巴药物治疗 2～4d，待肝脏充血和肿胀稍减轻时再行穿刺。若疑诊为细菌性肝脓肿，则应在抗生素控制上进行穿刺。

（二）患者仰卧床上，身体右侧靠近床缘，并将右手置于枕后。

（三）结合超声定位检查结果，以指尖在患者右下胸肋间，寻找一个局

限性水肿和压痛最显著的部位作为穿刺点。

(四)常规消毒局部皮肤,术者戴无菌手套,铺无菌巾,局部麻醉深达肝包膜。

(五)先将连接肝穿刺针头的橡皮管折起或夹住,然后将穿刺针刺入皮肤,嘱患者先吸气,并在呼气末屏息呼吸,此时将针头刺入肝脏并继续徐徐前进,如进入脓腔则可感到阻力突然减低。

(六)将 50ml 注射器接于 1～2 号长针头的橡皮管上,松开钳夹的橡皮管进行抽吸。如未能吸出脓液,可在注射器保持一定负压的情况下再前进或后退少许,如仍不见脓液吸出,则为未达脓腔。此时应将针头退之皮下改变方向,重新穿刺并抽吸。

(七)脓液吸出后应注意颜色与气味,脓液应尽可能抽尽,如脓液粘稠则用无菌生理盐水稀释后再抽吸;如吸出脓液量与估计不符,则应变换针头的方向,以便使脓腔深部或底部的脓液得以抽尽。

(八)拔针后以无菌纱布按压片刻,胶布固定,加压小砂袋,并以多头带将下胸部扎紧。嘱患者静卧 8～12h。

【注意事项】

(一)有出血倾向、严重贫血和全身状况极度衰弱者,应积极处理后慎重穿刺。

(二)穿刺时要抑制咳嗽及深呼吸,以免针头划伤肝组织引起肝脏出血。

(三)穿刺后局部疼痛可服止痛剂,如出现左肩部剧痛并有气促,则多为膈肌损伤,除给镇痛剂止痛外,应严密观察病情变化。

(四)术后应定时测量脉搏、血压直至稳定。如有内出血征象出现,应予以及时处理。

肾脏穿刺活体组织检查

【适应证】

(一)疑为急进性肾炎、慢性肾炎、隐匿性肾炎需明确诊断者。

(二)急性肾炎、肾病综合征Ⅰ型,久治不愈需观察病变类型以指导治疗者。

(三)肾实质病变,尤其是弥漫性病变,需明确诊断和指导治疗者。

【禁忌证】

(一)明显出血倾向,严重贫血。

(二)孤立肾、马蹄肾、多囊肾等先天畸形。

(三)肾动脉瘤、肾盂积水和积液、肾脓肿或肾周围脓肿、肾结核、慢性肾功能衰竭尤其晚期固缩肾。

(四)重症高血压、显著动脉硬化、严重虚弱或不合作者。

(五)高度腹水或过度肥胖者。

【术前准备】

(一)让患者练习憋气和卧床排尿,取得患者密切配合。

(二)检查出、凝血时间,血小板计数,凝血酶原时间,肝、肾功能及其他急需项目。

(三)查血型,配血200～400ml。

(四)术前2～3d口服或肌注维生素K。手术前夜服缓泻剂,必要时于手术当日清洁灌肠。需要造影者应行碘过敏试验,穿刺部位备皮。

(五)穿刺点定位:通常多穿刺右肾下级。定位法:

1.B型超声仪定位。先测量右肾大小,然后确诊穿刺点。现多用穿刺探头,在B超引导下进行穿刺。

2.静脉肾盂造影电视荧屏下定位。通常以肾下盏稍外下方为最佳穿刺部位。

3.X线平片测量定位。

4.同位素肾扫描定位。

5.经验定位。后正中线旁开6.5～7.5cm与右12肋缘下1.5～2.5cm的交界处。

【操作方法】

(一)患者取俯卧位,在腹下垫小枕头,将肾脏顶向背侧。

(二)消毒皮肤、铺巾、局麻。以9cm长的腰穿刺针刺入肾脂肪囊至深层破膜外,记下针刺深度,再注2%普鲁卡因少许以麻醉深层软组织,然后拔针。

(三)用手术刀切开皮肤约0.3cm,将穿刺针刺入至所需深度,见穿刺针随呼吸移动即达肾脂肪囊内。令患者屏气,将穿刺针刺入肾脏完成取材操作。

(四)肾组织标本的处理,将肾组织块的两头切下少许,置2.5%～3%戊二醛液中送电镜检查,然后纵切肾组织,1/2置于10%甲醛中送光镜检查;另1/2放入已用液氮冰冻的异戊烷内,放置于冰块中,送免疫荧光检查。

【注意事项】

(一)拔出穿刺针后,局部压迫止血,绑腹带或弹力绷带,再压以小砂袋。肌注止血敏、安络血。令患者静卧15～30min后方能搬动。

(二)患者回病房后仍须静卧。嘱多饮水。晚睡前可解除砂袋、腹带。24h后若无明显并发症即可下床活动。术后应密切观察患者脉搏、血压,每日查尿常规1次,直至恢复术前水平。

周围静脉压测定术

【适应证】

右心功能不全时,缩窄性或渗出性心包炎、阻塞性肺气肿、心力衰竭及疑有上腔静脉阻塞受压者。

【方法与步骤】

(一)嘱患者平卧位,如有呼吸困难则取半卧位,松开紧贴上身的衣服。

(二)患者取臂外展45°角,伸直垫平,使穿刺点与右心房等高(约与腋中线等高)。坐位或半卧位时,穿刺点应置于第4肋骨水平。

(三)肘部皮肤事先消毒,将连有测压管(盛满无菌生理盐水或先用无菌2%枸橼酸钠溶液冲洗)的9号针头刺入肘部静脉。待测压管内液体流入血管内而不再下降时,测量水柱或血柱的高度,即为静脉压。肘静脉压正常值为0.3～1.4kPa,平均1.0kPa。

【注意事项】

(一)术前安静卧床休息15～30min,以使全身肌肉松弛,以免肌肉紧张影响静脉压的高度。

(二)测量前应脱下衣袖,尽量抑制咳嗽,以免阻碍静脉回流使压力升高。

(三)穿刺时,应用手指轻压静脉上端后穿刺,且于穿刺成功后立即松开压迫,以免影响测量结果。

中心静脉压测定术

【适应证】

(一)测量中心静脉压：

1. 区别低血容量性循环障碍和非低血容量性循环障碍。

2. 鉴别少尿或无尿的原因是血容量不足，还是肾功能衰竭。

3. 作为指导输液量和速度的参考指标。

(二)紧急情况下，可利用其静脉通道进行输液用。

【禁忌证】

(一)出血素质。

(二)穿刺或切开部位感染。

【操作方法】

(一)可行锁骨下静脉或颈内静脉穿刺插管；或行贵要静脉、右腹股沟大隐静脉切开插管。

(二)备好中心静脉压测定装置，固定测压管使零点与右心房中点在同一水平面上。

(三)消毒皮肤，铺无菌洞巾。嘱患者仰卧，选好插管部位。

(四)以盐水多次冲洗静脉导管后，将输液导管通过三通开关或"Y"形管连接静脉导管，接头须紧密衔接无气泡。

(五)在局麻下切开或穿刺静脉，扭动三通开关使输液管与静脉导管相通，轻柔地插入静脉导管，达右心房或上、下腔静脉的近端。扭动三通开关使测压管与静脉导管相通，待测压管内液平面稳定后，即可读出中心静脉压(正常值 0.5~1.2kPa)。

【注意事项】

(一)严格无菌操作。

(二)保持静脉导管通畅，每日用0.025%肝素溶液冲洗导管，以防血栓形成。

(三)导管保留时间一般不超过5d，时间过长，易发生静脉炎。

(四)中心静脉压＜0.5kPa，提示血容量不足；＞1.2kPa而血压正常或高，提示容量血管过度收缩；＞1.5kPa而动脉压低，提示心功能不全。

胃液分析

【适应证】

慢性萎缩性胃炎、消化性溃疡、胃泌素瘤、胃癌、判断有无真性胃酸缺乏症等。

【禁忌证】

主动脉瘤、心力衰竭、重症高血压、重症动脉硬化、食管癌、食管静脉曲张、急性消化道出血。

【操作方法】

(一)试验前18h停服一切制酸剂、抗胆碱能及肾上腺皮质激素等药物。

(二)禁食禁饮一夜，次晨经鼻插入管，深度达50～60cm，胶布固定胃管，抽尽空腹胃液，弃之。嘱患者勿将唾液咽下。

(三)连接负压吸引器(4.0～6.7kPa)持续抽吸胃液1h，盛于容器内，记录全部胃液量，留5ml滴定胃酸浓度及pH测定。此即基础胃酸分泌量(简称BAO)。

(四)肌注五肽胃泌素6μg/kg体重，继续抽吸胃液，每15min收集胃液1次，共4次，分别盛于4管(瓶)内，测量每份胃液量及pH值，并取其5ml滴定胃酸浓度。

(五)上述1h内4个标本泌酸量之和，即为最大泌酸量(简称MAO)。以上述4个标本中取2个值最高者之和乘以2，即为高峰酸排泌量(简称PAO)。

十二指肠液引流术

【适应证】

(一)疑有肝、胆道、十二指肠壶腹部的疾病(如炎症、结石、肿瘤、寄生虫等)，可协助诊断和观察疗效。

(二)测定十二指肠液内胰酶，了解胰腺外分泌功能。

(三)治疗慢性胆道感染和不全梗阻。

【禁忌证】

(一)食管狭窄、肿瘤、憩室、静脉曲张。

(二)主动脉瘤。

(三)严重的充血性心力衰竭。

(四)妊娠。

(五)胆囊炎、胰腺炎症的急性期。

(六)溃疡病出血后未满2周,为相对禁忌证。

【操作方法】

(一)术前禁饮食12h,一般多在晨间进行。

(二)将消毒的十二指肠引流管经口插入胃内,把胃内容物全部抽出,也可用温水灌洗胃腔,并将液体抽尽。

(三)嘱患者取右侧卧位,床尾垫高40cm。每1~2min将引流管送入约1cm,需30~60min始达十二指肠内。送入不可过快,以免引流管头端在胃内迂回。

(四)当第2标记(55~60cm)到达切牙以后,再下送时应时常抽取少量液体,根据液体性质判断引流管头端位置。如为淡黄色、较清澈或粘稠、碱性液体时,表示管端已进入十二指肠内。若为酸性则示仍在胃中。当引流管的第3标志(75cm)已达切牙时,即可用胶布固定于面部。管外端置于床面之下,液体自然流出,此液称为丁液。应尽量将丁液流完。否则残存的胰酶可以破坏以后采取的胆液内容物。

(五)丁液引流毕,将温热的33%硫酸镁液50ml,由注射器缓慢从引流管外口注入,注完后,用止血钳紧夹管端5~10min。

(六)将管放低,放开止血钳,用注射器轻轻抽吸后,即可流出液体。以后因虹吸作用,液体可自行缓慢流出。将首先流出的硫酸镁液弃去。当金黄或淡黄色输胆总管的胆液(甲胆液)开始流出,即用甲标本瓶盛接。此液为10~15ml。当流出液的颜色变为棕褐、棕黄色浓汁液体时,则称为乙胆液,改用乙标本瓶盛接。一般为30~60ml,有病变时可增多或减少。继续引流,当变为淡黄色稀薄液体时,称为丙胆液,改用丙标本瓶盛接,以后不再改色。引流丙胆液足够检查时,即将引流管拔出。此3瓶标本及时送检。

(七)需做细菌培养时,应准备无菌培养管3支,分别标记上甲、乙、丙,在胆液引流操作中,以无菌操作留取甲、乙、丙胆液各1ml立即送检。

【注意事项】

(一)严格无菌操作。

(二)判断引流管是否在胃内,可注入少量空气,同时用听诊器听剑突处,如有强烈的气过水音则表示在胃内;如音响远而较弱表示管端在十二指肠。

(三)引流管较难进入患者,可以将管抽回第1标记处。再如前所述方法缓缓送入。也可以在X线下观察金属头的位置,并在透视下腹外推压金属头,使其能进入十二指肠。

(四)注入硫酸镁后仍未见胆汁流出,可再注入50ml,若仍无胆汁流出,表示胆管痉挛或梗阻。

(五)如引流管在1～3h内仍不能进入十二指肠,为了减轻患者痛苦,可以停做或延期再做。

口服法葡萄糖耐量试验

【适应证】

当血糖水平不能确定糖尿病时,用此试验协助糖尿病的诊断。

【操作方法】

(一)试验前6d,每日碳水化合物进量不少于300g。

(二)试验前1d晚餐后禁食,试验日清晨排空膀胱后留尿,并抽血检查血糖(邻甲苯胺法)。

(三)抽空腹血后,立即口服葡萄糖100g(1.75g/kg体重),于30、60、120、180min分别抽血测定血糖,并同时留尿查尿糖。

参考值:本试验各时限(0、30、60、120、180min)血糖的正常上限分别为6.9、11.1、10.5、3.3、6.9mmol/L。

【注意事项】

(一)避免在应激状态下做本试验。

(二)试验前1d及试验过程中停用一切药物,特别对本试验有影响的药物,如双氢氯噻嗪、肾上腺皮质激素等。

(三)不宜把本试验看作诊断糖尿病的特异试验,呈现糖尿病曲线或糖尿病耐量降低者并非都是糖尿病。对有肝、肾疾患者,老年人或妊娠期的试验结果在判断时更应慎重。

禁饮试验

【适应证】

协助尿崩症的诊断。

【操作方法】

试验时禁饮，但可以进干食。试验前测体重、血压、尿量及尿相对密度。试验开始后每 1h 测尿量、尿相对密度、尿渗透压。当尿相对密度大于 1.020 或尿渗透压明显高于正常渗透压时，应抽血查血渗透压。试验中如患者极度烦渴或体重下降超过 5%，血压明显下降，应终止试验。试验可持续 8h 或 12h，在禁水 8h 后，尿仍不浓缩时可皮下注射垂体加压素 5u，再每 1h 收集小便 2 次，测相对密度及尿渗透压。

前列腺按摩术

【适应证】

疑有慢性前列腺炎等疾病者。

【操作方法】

（一）嘱患者取膝胸位，若患者病情严重或体质虚弱，也可取侧卧位。

（二）医师右手戴橡皮手套或指套，食指端涂凡士林或液体石蜡。

（三）左手扶持患者左肩或臀部，以右手食指先在肛门口进行轻微按摩，使患者适应，以免肛门括约肌骤然紧张。然后将食脂徐徐插入肛门。当指端进入距肛门口约 5cm 的直肠前壁处即可扪到板栗状前列腺，长约 2.5cm，中间有沟形。检查中应注意其大小、硬度，有无压痛及结节，中间沟是否存在。

（四）按摩前列腺时，以示指的末节做向内、向前徐徐按摩，每侧 4～5 次，然后再将手移至腺体的上部顺正中沟向下挤压，这样前列腺液即可由尿道排出，留取标本送检。

【注意事项】

（一）对有急性前列腺炎者，应避免前列腺按摩，以防止炎症扩散。

（二）前列腺按摩指征要明确，一般用于慢性前列腺炎症，如怀疑结核、脓肿或肿瘤则禁忌按摩。

（三）按摩时用力要均匀适当，太轻时不能使前列腺液驱出；太重则会

引起疼痛。

(四)按摩时要按一定方向进行,不应往返按摩。不合理的手法往往会使检查失败。

(五)1 次按摩失败或检验结果阴性,如有临床指征,需隔 3～5d 后再重复按摩。

第九章　常用治疗技术

皮内注射法

【适应证】

(一)用于各种药物过敏反应,以观察局部反应。

(二)用于预防接种(如卡介苗接种等)、细胞免疫功能检测(如 PPD 试验)。

(三)用于局部麻醉的先驱步骤。

【操作方法】

(一)选定注射部位,用 75% 酒精消毒前臂下 1/3 处皮肤,待干。

(二)用 1ml 注射器接 4.5 号针头,抽吸药液后,绷紧注射部位皮肤,针头斜面向上,与皮肤呈 10°～15°角刺入真皮与表皮之间,推注适量药液,通常为 0.1ml,使局部形成一圆形隆起的皮丘,皮肤变白,毛孔变大。

(三)注射完毕,迅速拔出针头,嘱患者留观 15～20min,注意观察结果。

(四)如做对照试验,须更换另一注射器及针头,在另一侧相应部位注入 0.1ml 等渗盐水,20min 后,对照观察结果。

【注意事项】

(一)皮肤忌用碘酒消毒,以免出现碘过敏反应引起混淆。

(二)进针勿过深,注射部位禁按揉。

皮下注射法

【适应证】

(一)需迅速达到药效,但又不能用静脉途径给药或不宜口服者。

(二)局部供药,如局部麻醉用药。

(三)预防接种,如各种菌苗、疫苗的预防接种。

【操作方法】

(一)选择上臂三角肌下缘或股外侧,用2%碘酒和75%酒精消毒皮肤,待干。

(二)将药液吸入注射器,排尽空气。

(三)左手绷紧局部皮肤,右手持注射器,食指固定针栓,针头斜面向上,和皮肤呈30°~40°角,过瘦患者可捏起注射部位皮肤,迅速刺入针头的2/3;放开左手,以左手固定针栓,抽吸针筒活塞无回血,即可推注药液。

(四)注射毕,用干棉签轻压针刺处,快速拔针,按压至无液渗出,清理用药。

【注意事项】

某些刺激性较大的药物,如去甲肾上腺素、氮芥等,不宜做皮下注射。

肌肉注射法

【适应证】

(一)用于需要迅速发挥药效,不宜或不能做静脉注射,又要求比皮下注射更迅速发生疗效者。

(二)适宜于注射刺激性较强或药量较大的药物。

【操作方法】

(一)一般选择肌肉较厚,离神经、血管较远的部位。常选臀部外上1/4区、股外侧或上臂三角肌处。

(二)患者取坐位或侧卧位,常规消毒皮肤,待干。排尽注射器内空气。

(三)操作者左手绷紧皮肤,右手持针,用前臂带动腕部的力量,将针头快速垂直刺入,进针2.5~3cm。消瘦者及患儿可用手指紧捏肌肉注射。回抽活塞,无回血后固定针头,缓慢注入药物。

(四)注毕,用干棉球按于针刺处,快速拔针。

(五)观察反应。

【注意事项】

(一)注射2种以上药物,应注意配伍禁忌。

(二)对脂肪较厚患者,宜采用细长的针头。

(三)长期肌肉注射者,应当更换注射部位。若注射后引起疼痛或硬结,可用热湿敷、理疗等方法处理。

(四)切勿将针梗全部刺入,以防针梗从根部折断。万一折断,应保持局部与肢体的不动,速用止血钳夹住断端取出。

(五)臀部注射时偏内侧易损伤神经及血管,偏外侧易触及髋骨致剧痛或折断针头,因而部位要适当。

静脉注射法

【适应证】

(一)静脉穿刺取血化验,以协助诊断或观察病情变化。

(二)静脉注射造影剂、放射性核素示踪剂等以协助诊断。

(三)静脉推注或滴注液体、血制品或药物;或从静脉途径给予高营养等。

(四)从献血员静脉采血或血液成分供他人使用。

【操作方法】

(一)常规查对后抽吸药物。

(二)选择合适的静脉,常规消毒皮肤。需长期注射者,应从远端静脉开始,以保护血管。在穿刺点上部约5cm处系上止血带,肘下垫小枕。

(三)绷紧静脉下端皮肤并固定静脉,针尖斜面向上与皮肤成15°~30°角进针,沿静脉方向潜行刺入,见回血后顺静脉再进针少许,如采血样可立即抽血,然后去除止血带;或放松止血带,缓缓注入药物。

(四)注射完毕,用干棉签按压穿刺点,拔针。

【注意事项】

(一)根据病情、药物性能确定推药速度。

(二)给药过程中,始终要注意针头是否在血管内,如有药液外漏现象,及时加以处理。

(三)拔针后嘱患者压迫穿刺部位2~3min。

静脉输液及输血

【适应证】

(一)用于补充水分、电解质和其他物质(如碱性液体),以维持水、电

解质及酸碱平衡。

(二)输入药物、血液或其他血制品,以达到治疗目的。

【操作方法】

(一)备好液体及药物,在治疗室插好输液器,排尽输液器内空气,加所需药物于输液瓶内,并将用物携至床旁,输液瓶倒挂在输液架上,连结好穿刺用针头。

(二)选好血管,常规皮肤消毒。按静脉注射法穿刺静脉成功后,用胶布固定针头,并盖上无菌纱布,调节输液滴速。

(三)输血前先完成静脉输液,输液瓶先滴注生理盐水约 50ml。输血器应有过滤滴管装置。

(四)输血时,应核对受血人与供血者的姓名、血型及交叉配合试验是否一致。检查血瓶标签与合血单是否一致。观察血液质量,有无溶血及大块凝血。在检查无误后方倒入输血瓶中。输血完毕时,加少量生理盐水于瓶中,待滴完后拔针。

【注意事项】

(一)加强查对制度。

(二)严格无菌操作,应在治疗室完成准备工作。

(三)注意输液、输血过程中的反应。输血开始时,速度宜慢,并有专人在旁观察,及时排除输液输血故障。

股静脉穿刺术

【适应证】

(一)由于各种原因,外周静脉穿刺困难,但需要采集静脉血标本者。

(二)急救时静脉内注药,加压输液、输血者。

【操作方法】

(一)患者仰卧,下肢伸直并略外展、外旋,穿刺侧臀下垫一小砂袋或小枕。

(二)常规消毒穿刺部位皮肤及操作者左手食指。在腹股沟韧带中部扪清股动脉搏动明显处。

(三)右手持注射器,使针头和皮肤呈直角或 45°角,在股动脉内侧 0.5cm处刺入。然后缓缓将空针上提并抽吸活塞,见抽出血液后即固定

针头位置，抽取需要的血量或输入液体。

（四）注射完毕后，局部用无菌纱布加压止血至不出血为止。

（五）采血则取下针头，将血标本顺管壁缓慢注入，贴标签送检。

【注意事项】

（一）有出血倾向者禁用。

（二）严格无菌操作，防止感染。

（三）如抽出为鲜红色血液，提示穿入股动脉，应立即拔出针头，用无菌纱布紧压穿刺处 5～10min 至无出血为止。

（四）抽血或注射完毕，立即用无菌纱布压迫数分钟，以免引起局部出血或血肿。

（五）尽量避免多次反复穿刺，以免形成血肿。

（六）如为婴幼儿，助手固定肢体时勿用力过猛，以防引起骨折。

股动脉穿刺术

【适应证】

（一）重度休克，须经动脉注射高渗葡萄糖液及输血者。

（二）下肢动脉造影者。

（三）经动脉注射抗癌药物进行区域性治疗者。

（四）采血做血气分析或送血培养。

【操作方法】

（一）充分暴露穿刺部位，确定动脉走向，扪及搏动最明显处。

（二）常规做广泛性皮肤消毒。

（三）术者立于穿刺侧，戴无菌手套（或用碘酒及酒精消毒左手手指），以左手食及中指在腹股沟下方中部扪清股动脉搏动最明显部位，右手持注射器。在两指间垂直或与动脉走行方向呈 40°角刺入，如见鲜血直升入注射器，即表示已刺入股动脉。此时右手固定原穿刺的方向及深度，抽吸预定动脉血量。

（四）操作完毕，迅速拔出针头，局部压迫不得少于 5min。

【注意事项】

（一）局部严格消毒，执行无菌操作规程。

（二）严格掌握股动脉穿刺的适应证。

(三)穿刺点应选择股动脉搏动最明显处。

静脉切开术

【适应证】

(一)病情危笃等需静脉给药、输液、输血,而静脉穿刺未成功者。

(二)须持久地静脉内滴注药物或营养液者。

(三)接受较大的外科手术前的小儿患者。

【操作方法】

(一)选用内踝前的大隐静脉为宜,外踝后的小隐静脉也可应用。

(二)依常规行广泛的皮肤消毒,以2%普鲁卡因局部麻醉。

(三)在准备切开的静脉处做1.5～2cm长的皮肤切口,切口应斜行横过欲切开的静脉。

(四)以血管钳轻轻将切口下的静脉和周围组织分离,自静脉下引过1号丝线。

(五)结扎静脉远端,结扎线暂不剪断,作为牵引用。

(六)将静脉横行半切开,迅速插入已准备好的导管,与输液器接头连接妥当,即可开始点滴液体。

(七)皮肤切口用1号黑丝线缝合1～2针,结扎后顺势用此线结扎固定导管。

(八)以酒精棉球擦净切口,无菌纱布敷盖,胶布固定。必要时用夹板固定肢体。

(九)完成输液目的后,剪除固定丝线,抽拔导管,以无菌纱布压迫固定即可。5～7d拆除皮肤缝线。

氧气吸入法

【适应证】

(一)由心肺、神经系统病变及中毒等引起的呼吸困难。P_aO_2<7.3kPa,S_aO_2<85%者。

(二)休克与极度贫血。

(三)胸或颅脑外伤。

(四)某些麻醉、较大型手术前后患者。

[操作方法]

(一)鼻导管(鼻塞)法:鼻导管的长度以鼻尖至外耳道长度的 2/3 计算,湿润后插入清洁过的鼻腔。用胶布将鼻导管固定于鼻梁部。一般调节氧流量为 1～6L/min。鼻塞法置鼻塞于鼻前庭,其大小以恰能塞严鼻孔为宜。吸氧浓度=[21+4×氧流量(L/min)]×100%。主要用于持续低流量吸氧,也可用于中浓度吸氧。如氧流量过大对粘膜有刺激,患者常不能耐受。

(二)面罩法:有简单面罩与特别面罩之分。前者是将自制漏斗置于离患者面部 1～3cm 的口鼻部,氧流量为 2～5L/min,吸入的氧浓度为 40%～50%。适用于婴幼儿或躁动不安、鼻腔不能插管及需较大氧浓度者。其他面罩需与面部配合使用,可根据患者的吸氧浓度及有无二氧化碳潴留选定。

(三)氧气帐法:将患者头胸部严密地罩在帐内,由氧帐附设仪器控制氧流量及温湿度。可进行高浓度氧疗,氧流量 6～10L/min 时,吸入的氧浓度为 50%～60%。

[注意事项]

(一)低浓度吸氧适于有二氧化碳潴留或轻度的缺氧者;中浓度(40%～60%)吸氧适于通气/灌流失调,缺氧较重及昏迷、脑水肿者;高浓度吸氧适于有显著通气/灌流失调,右至左分流,急性呼吸循环骤停。一氧化碳中毒等严重缺氧而无(或仅有)轻度二氧化碳潴留者。高浓度吸氧原则上用间断吸氧法,可吸 40min 停 20min 或吸 20min 停 10min。但大手术、休克、复苏及重病患者转运时,可不必考虑氧中毒问题。

(二)调好氧流量后再连接已固定好的导管或面罩。

(三)湿化瓶应保持盛有 1/2～2/3 的温开水(水温宜保持在 50～60℃)。急性肺水肿者应用 20%～75% 酒精湿化(面罩法用 20%～30%)。

(四)要防火、防油、防震、防晒。要经常保持导管通畅。长期吸氧者,应定期更换导管。

鼻 饲 法

【适应证】

(一)长期昏迷患者。

(二)口腔或喉部手术不能进食者。

(三)破伤风、舌咽神经损伤患者进食物、水分和药物治疗。

【操作方法】

(一)准备胃管(婴幼儿用硅胶管)、流质饮食、温开水、50ml 注射器、润滑油等。

(二)协助患者取坐位、斜坡卧位或仰卧位,将毛巾铺于患者颌下,清洁鼻腔。

(三)检查胃管是否通畅,滑润胃管,测量自鼻尖经耳垂到剑突的长度(成人为 50～55cm,婴幼儿为 14～18cm)。

(四)患者头略后仰,顺鼻腔下鼻道将胃管缓缓插入。到咽喉部时(为 10～12cm),清醒患者嘱做吞咽动作。昏迷患者,将头略向前倾,同时将胃管送下。

(五)用注射器抽吸胃内容物,如有胃液抽出,即证明胃管已至胃中。如未抽出胃液,可将听诊器放在剑突下,用注射器向胃管内注入 10～20ml 空气;如能听到气过水声,表示管在胃中。

(六)如插管过程中发生咳嗽、呼吸困难、发绀等现象,表示误入气管,应立即拔出,休息片刻后重插。

(七)确认胃管插入胃内无误后,用氧化锌橡皮膏将胃管固定于鼻梁部,胃管外口连接注射器或漏斗,先注入温开水少许,再缓慢地注入温度适宜的流食。

(八)饲毕,用温开水少许冲洗胃管,然后用纱布包裹管外口,并用止血钳夹闭胃管,固定于患者衣服上,记录饮食量。

【注意事项】

(一)插胃管前应先检查鼻、口腔、食管有无阻塞。有假牙者应先取出,有食管静脉曲张或食管阻塞者,不宜插管。

(二)确认胃管在胃内后方可注食。如患者同时吸氧,容易将氧气管与胃管混淆,应特别注意。

（三）一次注入饮食一般不超过300ml，且速度不宜太快。注食后不要搬动患者，以免引起呕吐。

（四）加强口腔护理。长期鼻饲患者，一般3～4d更换胃管1次。

（五）每当放入、取出胃管；或取下注射器抽吸流食时，均须夹闭管之外口，以免胃内容物流出或进入空气。

洗　胃　术

【适应证】

（一）急救口服药物致中毒者，消除胃内各种毒物。

（二）治疗完全或不完全性幽门梗阻。

（三）急、慢性胃扩张。

（四）胃手术或检查前准备。

【操作方法】

（一）若患者清醒而合作，可先用棉签或压舌板刺激咽喉催吐，以减轻洗胃的困难。

（二）患者取坐位或半坐位，中毒较重者取左侧卧位。置橡胶围裙围于患者胸前，如有活动假牙应先取出，置盛水桶于头下，置弯盘于患者口角处。

（三）证实胃管已插入胃内，即可洗胃。将漏斗放置低于胃部的位置，挤压橡胶球，抽尽胃内容物，并留取标本送检。

（四）举漏斗高过头部30～50cm，将洗胃液慢慢倒入漏斗300～500ml。当漏斗内尚余少量溶液时，迅速将漏斗降低至低于胃的位置，并倒置于水桶，利用虹吸作用引出胃内灌洗液。若引流不畅时，可挤压橡胶球吸引，直至排尽灌洗液，然后再高举漏斗，注入溶液，如此反复灌洗，直至洗出液澄清无味为止。

（五）自动洗胃机操作方法：

1. 按常规方法插入胃管。

2. 将配好的胃灌洗液放入塑料桶（或玻璃瓶）内，将3根橡胶管分别与洗胃机的药管、胃管和污水管口连接。将药管的另一端放入灌洗液桶内（管口必须在液面以下），污水管的另一端放入空塑料桶（或玻璃瓶）内。胃管的一端和患者洗胃管相连接。调节好药量大小。

3. 接通电源后按“手吸”键，吸出胃内容物，再按“自动”键，机器即开始对胃进行自动冲洗。冲洗干净后停机。洗胃过程中，如发现有食物堵塞管道、水流缓慢、不流或发生故障，可交替按“手冲”和“手吸”两键，重复冲吸数次直到管道通畅后，再将胃内存留液体吸出。胃内液体吸净后，再按“自动”键，自动洗胃即继续进行。

4. 洗毕，将药管、胃管和污水管同时放入清水中，按“清洗”键，机器自动清洗各部管腔。清洗完毕，将胃管、药管和污水管同时提出水面，当洗胃机内的水完全排净后，按“停机”键关机。

（六）洗毕，经胃管注入泻药，然后拔出胃管，帮助患者漱口、洗脸。

（七）记录灌洗液名称及液量，洗出液的颜色和气味，患者目前情况，并及时送检标本。

【注意事项】

（一）对于腐蚀性胃炎（服入强酸或强碱）、新近上消化道出血、食管和胃底静脉曲张、食管或贲门狭窄或梗阻。严重心肺疾患患者，均禁忌洗胃。

（二）洗胃过程中，如有阻碍、疼痛或洗出液有较多鲜血时，应停止施行。

（三）常用的洗胃液有下列几种：

1. 温水：用于毒物不明者。温水中加入少许食盐。

2. 高锰酸钾：为强氧化剂，一般用 1∶5 000 的浓度，此时液体呈浅红色。有机磷农药、1605（对硫磷）中毒时，不宜用高锰酸钾洗胃，因其能使 1605 氧化成毒性更强的 1600（对氧磷）。

3. 碳酸氢钠：一般用 1% 溶液。常用于有机磷农药中毒，因其能使有机磷分解失去毒性。碳酸氢钠洗胃液不能用于敌百虫中毒，因敌百虫在碱性环境下变成毒性更强的敌敌畏。

4. 茶叶水：含有鞣酸，具有沉淀重金属、生物碱等毒物的作用，且来源容易。

胃肠减压术

【适应证】

（一）治疗胃扩张、幽门梗阻、肠梗阻及腹部手术后的减压。

(二)收集胃液进行分析诊断,查找肿瘤细胞等。

(三)不能进食患者可作临时灌注营养用。

(四)幽门梗阻及误食毒物后洗胃。

(五)腹部较大手术前。

【操作方法】

(一)准备单腔多孔胃管或多腔单气囊管,其他备品同鼻饲法。

(二)向患者说明插胃管目的和方法,取得患者合作。

(三)患者取坐位或卧位,将消毒胃管头部涂以石蜡油,从鼻腔送入咽部,进入15～20cm时,嘱患者做吞咽动作,同时慢慢送入胃管2～3刻度,此时胃管即达胃小弯中部。

(四)用注射器抽吸胃内容物,如有胃液抽出,即证明胃管已至胃中。抽尽胃内容物,并接上胃肠减压器。

(五)如系双腔单气囊管,待管吞至75cm时,由管内抽出少许液体,做酸碱度试验,如为碱性,即表示管的头端已通过幽门,此时用注射器向气囊内注入20～30ml空气,并夹闭其管口。以后依靠肠蠕动,管尖端即可达梗阻近端肠曲。

【注意事项】

(一)新近有上消化道出血史、食管静脉曲张、食管阻塞及极度衰弱、濒危患者应慎用。

(二)及时检查气囊是否完整。可向气囊内注入一定量空气,然后抽出,如抽出液过多或过少,均提示囊壁已破。

(三)经常检查减压器的吸引作用是否良好,导管是否通畅或接错。

(四)腹胀消除后,将双腔管气囊内空气抽尽,但双腔管仍留在肠内,直至腹胀无复发可能时,方可将管取出。

(五)注意防止长期置管引起压迫性溃疡等并发症。

(六)如导管需保留较长时,可在鼻咽腔涂以硼酸甘油或液体石蜡,保护粘膜减少刺激。

二囊三腔管的使用

【适应证】

食管、胃底静脉曲张破裂大出血者。

【操作方法】

(一)检查气囊有无漏气。抽尽双囊内气体,将三腔管之前端及气囊表面涂以液体石蜡。将三腔管从患者鼻腔送入,达咽部时嘱患者吞咽,使三腔管顺利送入至65cm标记处,如能由胃管腔抽出胃内容物,表示管端已至幽门。

(二)用注射器先向胃气囊注入空气250～300ml(囊内压5.3～6.7kPa即40～50mmHg),使胃气囊充气,用血管钳将此管腔钳住,然后将三腔管向外牵拉,感觉有中等度弹性阻力时,表示胃气囊已压于胃底部。再以0.5kg重砂袋通过滑车持续牵引三腔管,以达到充分压迫之目的。

(三)经观察仍未能压迫止血者,再向食管囊内注入空气100～200ml(囊内压4～5.3kPa即30～40mmHg)。然后钳住此管腔,以直接压迫食管下段的曲张静脉。

(四)定时自胃管内抽吸胃内容物,以观察有否继续出血,并可自胃管进行鼻饲和有关治疗。

【注意事项】

(一)应尽可能先行急诊胃镜检查,明确诊断食管或胃底静脉曲张破裂出血者,方使用三腔管。

(二)必须先向胃囊注气,再向食管囊注气。

(三)胃囊充气不够,牵拉不紧,是导致压迫止血失败的常见原因。如胃囊充气少而提拉过紧,则可致胃囊进入食管下端,有严重不适感或出现频发早搏,个别患者可引起窒息。反之,如压力过高则可引起局部压迫性溃疡。

(四)每隔12h应解除牵拉及将食管囊放气30min,并口服液体石蜡20ml。放气后抽吸胃液以确定有无继续出血,如有出血则再充气压迫,压迫期间每2～3h检查气囊压1次。

(五)气囊压迫一般应以3～4d为限,继续出血者可适当延长。出血停止后,放气观察24h,如无出血可拔出。

(六)拔管前应先将囊中气体抽尽,并服液体石蜡20ml。拔管动作要轻柔、缓慢,防止再次引起出血。在插管期间和拔管后第1d禁食。

(七)仅有胃囊无食管囊的单囊三腔管,也同样适用于食管和胃底静脉曲张破裂出血。

胸腔闭式引流术

【适应证】

(一)气胸、血胸经胸穿抽吸无效者。

(二)急性脓胸需持续排脓者。

(三)脓腔伴有支气管胸膜瘘或食管瘘者。

(四)胸腔手术后。

【操作方法】

(一)引流胸腔内液体时引流位置常规在腋中、后线第 7～8 肋间;引流气体则常规在锁骨中线第 2 肋间。

(二)患者取半卧位,常规消毒皮肤及铺消毒巾,术者戴无菌手套。

(三)在预定要切开的部位注入 0.5%～1% 普鲁卡因浸润麻醉,直达胸膜。

(四)在肋间隙的中央做 1～2cm 长的皮肤切口,深达肌层,然后用血管钳刺破胸膜,将一开有侧孔的橡胶管或塑料管(排气用直径约 0.5cm,排液用直径为 1～1.5cm)经切口插入胸腔内 4～5cm。

(五)缝合皮肤切口,并将引流管固定,连一玻璃接头,将其接在无菌水封瓶上。

【注意事项】

(一)插入胸腔内的管道不宜过深或过浅,开有侧孔的一段应置于胸腔内(约 4cm)。固定要牢靠,以防脱出。做到经常检查和随时调整。

(二)胸腔引流时,应自脓腔的最低部位插管,选用直径 1.5cm 以上较粗大的管道,以便充分排脓。

(三)经常检查引流管有无扭曲或被压,每日多次挤压管道,以保持引流管的通畅。

(四)记录每日引流量、性质和变化。倒出或更新瓶中液体时,要紧夹管道,以防空气进入,加重或形成气胸。

(五)手术后的闭式引流,一般于手术后的 48h 拔除,血、气胸的闭式引流,待血、气排尽,肺膨胀即可拔管;脓腔的闭式引流,待 24h 的脓液排出量少于 10ml,残腔消失方可拔除。

导 尿 术

【适应证】

(一)尿潴留患者,尿道损伤及尿道膀胱术后及尿失禁等。

(二)昏迷、休克、急性肾功能衰竭等患者的尿量记录和尿的实验室检查。

(三)行膀胱注水试验,鉴别膀胱破裂;注入对比剂,进行膀胱造影检查;行膀胱内药物灌注。

【操作方法】

(一)准备无菌导尿包(粗、细导尿管各1条,弯盘,孔巾,镊子2把,纱布2块),无菌手套、无菌石蜡棉球等。

(二)患者取仰卧位,屈髋屈膝,大腿外展及外旋,臀下垫胶布单及棉片。

(三)以持物钳打开导尿包内层包布,并夹取无菌钳一把,夹棉球,用1/1 000新洁尔灭溶液消毒外阴部。男性患者从尿道外口开始,而后周围皮肤,应翻卷包皮消毒;女性患者按前庭、小阴唇、大阴唇、阴阜、大腿内侧1/2、臀部、肛周及肛门的顺序消毒,即以尿道口为中心,由内而外、自上而下的顺序消毒。

(四)铺无菌洞巾,术者戴灭菌手套,握住阴茎或分开小阴唇,右手用钳子取涂有无菌液体石蜡的导尿管慢慢插入尿道。女性一般插入6～10cm,男性15～20cm。

(五)插管至有尿液自导尿管流出后,将导尿管缓慢拉出至刚好无尿液滴出时,再将导尿管向膀胱内送入2.5cm为宜。

(六)如需留尿送培养,应接中段尿液于无菌试管内。

(七)导尿完毕,将导尿管慢慢抽出。

(八)若需留置导尿管,应用胶布将导尿管妥善固定。

【注意事项】

(一)严格遵守无菌操作,防止感染。

(二)操作须轻巧,避免损伤尿道或增加患者痛苦。

(三)导尿管前端插入部分应涂抹足够润滑剂。

(四)导尿管管径大小适当,不宜过粗。男性成年人以F_{14-16}号为宜。

（五）膀胱过度充盈的患者，导尿时尿液放出速度不能过快，否则可能产生休克或膀胱出血。此时应缓慢而分次地放出尿液，每次 150～200ml，反复多次，逐渐将膀胱放空。

（六）长期留置导尿者，导尿管每周更换 1 次。每日用消毒液消毒尿道口，并用密闭式冲洗法冲洗膀胱 1～2 次。

颈内静脉、颈外静脉、锁骨下静脉穿刺插管法

【适应证】

（一）需经颈内静脉、颈外静脉或锁骨下静脉插管输注全静脉营养液者。

（二）常用于急救时之加压输液、输血或采用标本等。

【操作方法】

（一）经颈外静脉插管法：插管多经右侧颈外静脉，因右侧途径较为直接，左侧较为弯曲，且有胸导管。

1. 患者平卧，两肩胛间垫以薄枕，使双肩后展，头低 15°并转向对侧。

2. 按无菌手术操作准备手术区、皮肤消毒、铺巾。

3. 局麻后，以套管针穿刺。成功后，经套管针腔插入导管。导管尾端连接注射器，边插管边注射小量等渗盐水。导管遇有阻力时，可将尾端连同颈外静脉稍向外侧牵引；或由助手将患者肩胛部托起，使肩部后展。

4. 导管进入锁骨下静脉后，即能顺利地抽到血液。在成人，导管进入 15～17cm 即达上腔静脉，此时可接高营养液瓶和深静脉测压管。

（二）经颈内静脉插管法：

1. 患者平卧，头低 15°～20°。颈、上胸部按无菌手术准备。

2. 局麻。穿刺点在以锁骨上缘、胸锁乳突肌的胸骨头与锁骨头构成的三角的中心部。穿刺针与患者身体的平面呈 30°。术者站在患者的头顶侧。

3. 导管进入颈内静脉后，其余步骤参阅经颈外静脉插管法。

（三）经锁骨下静脉穿刺插管法：

1. 患者仰卧，肩胛间垫以一薄枕，使颈部处于过伸位，头转向对侧。

2. 按无菌操作消毒手术区，铺巾。取锁骨与第 1 肋骨支点处为进皮

点，即锁骨内、中 1/3 交界下约 1cm 处。以 5cm 长的 14～16 号针接含有生理盐水 5～10ml 注射器进行穿刺。

3. 穿刺成功后，令患者深吸气后屏气。术者迅速卸下注射器，并立即以左拇指将针孔堵住，将预先准备好与针头直径相适应的导管盛满等渗盐水后经穿刺针缓缓经锁骨下静脉送入上腔静脉中。成人一般插入 12～17cm 即可。

4. 退出穿刺针，导管与输液管相接。

口对口人工呼吸

【适应证】

（一）心跳骤停。

（二）因麻醉、淹溺、电击、中毒、颈椎骨折或其他伤病引起呼吸停止。

【操作方法】

（一）应先清除患者口腔内异物、粘液及呕吐物，解开衣领，保持呼吸道通畅。

（二）患者平卧，以 2 层纱布或手帕盖于口上。术者一手托起患者下颌，使头部尽量后仰，另一手拇、食指捏闭患者鼻孔，以防气体从鼻孔透出。

（三）术者深吸一口气，紧贴患者口部向内吹气，直至上胸部升起为止。

（四）吹气闭，如闻有回声，表示气管通畅，可再次吹气。如此反复进行。成人吹气 12 次/min，儿童 18～20 次/min。婴儿行口对口人工呼吸时，吹气后用手轻压胸廓，协助呼气。

（五）吹气停止后，术者头稍侧转，并立即松开捏鼻孔的手指，让气从患者肺部排出。

【注意事项】

（一）要将患者置于空气新鲜流通处抢救。

（二）与胸外心脏按压术配合时，成人每按压 4 次，吹气 1 次，儿童则为 5∶1。

心腔内注射

【适应证】

抢救各种原因引起的心脏停搏患者。在复苏过程中，向心腔内注射药物。

【操作方法】

(一)患者取仰卧位，局部皮肤消毒。

(二)用9号长的针头连接注射器，抽好准备注射的药物。

(三)在左第4肋间胸骨旁线上垂直进针，进入心脏抽出血液后即可注入药物，亦可从剑突与左肋缘交界处向胸骨后方向进针。

(四)注毕，拔出穿刺针，覆盖无菌纱布。

【注意事项】

(一)避免将药物注入心壁内。

(二)本操作须中断心肺复苏，且可引起气胸和损伤心脏，故应慎用或少用。

胸外心脏按压术

【适应证】

因各种原因所造成的循环骤停(包括心搏骤停和心室纤颤)。

【禁忌证】

(一)胸壁开放性损伤。

(二)肋骨骨折。

(三)胸廓畸形或心包填塞。

(四)凡已明确心、肺、脑等重要器管功能衰竭无法逆转者，如晚期癌症等，可不必进行复苏术。

【操作方法】

(一)患者要去枕仰卧硬板床或地上，如系软床，应在胸背部垫硬木板。

(二)术者以一手掌根部放在胸骨中、下1/3交界处的正中线上或剑突上2.5～5cm处。另一手掌放在此手背上，两手平行重叠且手指交叉互握抬起，使手指脱离胸壁。前臂与患者的胸骨垂直，利用体重及肩、臂

肌肉力量，向脊柱方向做有节奏的带冲击性的按压，使胸骨下半段及其相邻肋骨下陷 3～4cm，随即放松让胸壁自行弹起。

（三）成人按压 80 次/min，小儿 100 次/min，直至心跳恢复。

【注意事项】

按压有效者，可触及颈动脉及股动脉搏动。按压应连续进行。如要向心腔内注射药物，应尽量缩短中断时间。手法应适当，切忌用力过猛，以防压折胸骨或肋骨，引起气胸、血胸或心肺挫伤。

人工心脏起搏术

【适应证】

（一）高度或完全性房室传导阻滞、双侧束支或三束支传导阻滞、病态窦房结综合征等，伴有心源性昏厥、充血性心力衰竭，以及严重头晕、乏力、心绞痛等症状。

（二）异位快速心律失常，药物无效或不能耐受。

（三）任何原因引起的心源性昏厥。

（四）保护性和预防性应用于大手术，心脏直视手术或选择性心血管造影时。

（五）诊断性应用，如心脏电生理检查、起搏法心电图负荷试验等。

【操作方法】

（一）紧急临时起搏：

1. 胸壁皮表圆盘状电极或胸壁皮下针刺电板（刺入皮下 1.5cm）起搏法，将阳极放在右胸前相当于心电图胸前导联 V_4 处，阴极放在心尖部，连接体外起搏器起搏。此法起搏效果不可靠。

2. 经静脉（切开或穿刺）插入双极起搏电极至右心室心尖部接触心内膜，连接体外起搏器而起搏。

3. 经胸壁心腔穿刺起搏法。用特制带芯的穿刺针，在第 4 肋间胸骨左缘外 2cm 处刺入，直达左心室腔，拔出针芯，将双极心内膜起搏电极经针腔置入心腔接触心内膜，连接体外起搏器而起搏。

（二）择期临时起搏：采用经静脉右心内膜起搏法。切开或穿刺静脉（大隐静脉、股静脉或贵要静脉），插入双极心内膜电极至右心室心尖部接触心内膜，连接体外携带式起搏器起搏。

（一）永久起搏：切开头静脉，插入双极心内膜电极至右心室心尖接触心内膜，见有效起搏后结扎固定，将导线及起搏器埋藏于胸壁皮下，其金属面朝向皮肤。

【注意事项】

（一）观察心电图，在脉冲信号后应出现畸形增宽的 QRS 波群，T 波方向与之相反。如无 T 波，表明未引起心脏有效收缩。

（二）要及时发现和处理术后并发症。

膀胱穿刺术

【适应证】

（一）急性尿潴留导尿失败者。

（二）禁忌导尿而又无条件施行耻骨上膀胱造瘘术者。

（三）经穿刺采取膀胱尿液作检查及细菌培养。

（四）小儿、年老体弱不宜导尿者。

【操作方法】

（一）会阴部备皮。

（二）穿刺前，下腹部叩诊，确定膀胱内有一定量的尿液。

（三）患者取平卧位，下腹部皮肤消毒，铺巾。

（四）在耻骨联合上缘一横指正中部用 2% 普鲁卡因局部浸润麻醉。

（五）用腰椎穿刺针，在膀胱膨胀时，于正中线上距耻骨联合 2.5～3cm 部位进针至有尿液流出，抽出尿液，放空膀胱。

（六）术毕拔针，针孔以碘酒消毒。

【注意事项】

（一）严格无菌操作，预防感染。

（二）放液不宜过快，以防膀胱内压骤降而发生休克或膀胱壁出血。

（三）穿刺点不宜过高，进针勿过深，否则易穿刺腹膜或肠管。

（四）尽量避免反复穿刺，以防漏尿及耻骨后间隙蜂窝组织炎发生。

第四篇

临床常用药物

第一章　抗感染药

第一节　抗生素

青霉素(苄青霉素,青霉素G)
Benzylpenicillin Penicillin

【制剂规格】 粉针剂:青霉素钠0.24g(40万u),0.48g(80万u);青霉素钾0.25g(40万u),0.5g(80万u)。

【作用与用途】 本品为细胞繁殖期杀菌剂。用于革兰阳性、革兰阴性球菌及其他病原体所致的感染。

【用法】

1. 肌注:80万~160万u/d,分2~3次给药。

2. 静滴:240万~2 000万u/d,分4~6次间歇快速滴注,浓度一般为1万u/ml。

【注意事项】 ①使用前3d内未用过本品的患者必须做皮试;②使用中一旦发生过敏性休克,立即注射肾上腺素抢救;③肾功能减退或老年患者,大剂量静注时可出现幻觉、肌肉痉挛、癫痫样大发作;④应用大剂量青霉素钾盐或钠盐时,需注意钠、钾离子平衡。

普鲁卡因青霉素　Procaine Benzylpeniciline

【制剂规格】 粉针剂:40万u,80万u。

【作用与用途】 抗菌谱与青霉素相同,特点是溶解度小,在体内吸收排泄都慢,作用较青霉素缓慢而持久。用途同青霉素。用前须做皮试。

【用法】 肌注。临用前加适量注射用水使成混悬液,40万~80万u/次,1~2次/d。

【注意事项】 ①使用前3～7d内未用过本品的患者必须做皮试；②使用中一旦发生过敏性休克，立即肌注0.1%肾上腺素0.5ml，必要时在数分钟后重复注射1次。

邻氯青霉素(氯唑青霉素) Cloxacillin

【制剂规格】 粉针剂：钠盐0.5g。

【作用与用途】 本品为耐酶和耐酸的半合成青霉素。主要适用于产青霉素酶的金葡菌感染。

【用法】 肌注、静滴或静注。2～6g/d，分次给药，严重感染时剂量可酌增。

【注意事项】 与青霉素有交叉过敏反应，使用前也须做青霉素皮试。

苯唑青霉素(新青霉素Ⅱ) Oxacillin

【制剂规格】 粉针剂：钠盐0.5g。

【作用与用途】 本品为耐酸耐酶的半合成青霉素，主治产青霉素酶的金葡菌感染。

【用法】

1. 肌注：1～1.5g/次，4次/d。

2. 静滴：4～12g/d，分2～4次使用。

【注意事项】 与青霉素有交叉过敏反应，使用前须做青霉素皮试。

氧哌嗪青霉素(哌拉西林) Piperacillin

【制剂规格】 粉针剂：1g。

【作用与用途】 本品具有广谱抗菌作用，用于敏感革兰阴性杆菌所致各种感染。

【用法】

1. 肌注：4～8g/d，分4次用。

2. 静滴：8～16g/d，分4次用。

【注意事项】 用前须做青霉素皮试。

氨苄青霉素(氨比西林) Ampicillin

【制剂规格】 粉针剂:钠盐0.5g。

【作用与用途】 本品为广谱半合成青霉素。用于伤寒、沙门菌感染、流感杆菌、肠球菌及敏感细菌所致呼吸道、胆道、肠道感染及尿路感染等。

【用法】

1. 肌注:4~6g/d,分4次。

2. 静滴:4~12g/d,分2~4次.

【注意事项】 与青霉素有交叉过敏反应,用前须做青霉素皮试。

羧苄青霉素(羧苄西林,卡比西林)Carbenicillin

【制剂规格】 粉针剂:钠盐0.5g(50万u)。

【作用与用途】 本品为广谱半合成青霉素。主要用于治疗全身性革兰阴性杆菌和绿脓杆菌感染。

【用法】

1. 肌注:4~10g/d,分4次。

2. 静滴:10~40g/d,分4次。

【注意事项】 ①大剂量主要用于严重绿脓杆菌感染;②用前须做青霉素皮试。

头孢氨苄(苯甘孢霉素,头孢立新,先锋霉素Ⅳ) Cefalexin(Cephalexin)

【制剂规格】 胶囊剂:0.125g;片剂:0.25g。

【作用与用途】 本品为口服头孢菌素,抗菌谱与头孢噻吩同,但作用稍差。用于敏感细菌所致呼吸道感染、尿路感染及皮肤软组织感染。

【用法】 口服,0.5~1g/次,4次/d。肾功能减退者应减少剂量,肌酐清除率低于10ml/min时,首剂量为0.5g,以后每12~24h予以0.25g即可。

【注意事项】 空腹服。

头孢噻吩(先锋霉素Ⅰ,噻孢霉素)
Cefalotin (Cephalothin)

【制剂规格】 粉针剂:钠盐0.5g。

【作用与用途】 本品为广谱抗生素,对革兰阳性菌活性较强,是较好的抗葡萄球菌感染药。

【用法】

1. 肌注:2~4g/d,分4次。

2. 静滴:4~6g/d,分4次。严重病例可增至12g/d。

【注意事项】 ①肌注疼痛较显著;②与氨基糖甙类合用时应注意肾功能。

头孢唑啉(先锋霉素Ⅴ) Cefazolin(Cefamezin)

【制剂规格】 粉针剂:钠盐0.5g。

【作用与用途】 抗菌谱与头孢噻吩相仿。用于敏感细菌所致呼吸道感染、肝胆系统感染、尿路感染、败血症、肺炎、心内膜炎、中耳炎等。

【用法】

1. 肌注:2~4g/d,分3~4次。

2. 静滴:4~6g/d,分2~4次。肾功能减退患者在肌酐清除率低于50ml/min时,首次用0.5g,以后则根据肌酐清除率高低,再适当减量。

【注意事项】 ①严重肾功能损害及对青霉素族、头孢霉素族,既往有过敏史患者慎用;②静注尽量缓慢;③同一部位不得反复肌注。

头孢拉定(头孢环己烯,先锋霉素Ⅵ)
Cefradine(Cephradine)

【制剂规格】 粉针剂:0.5g;胶囊剂:0.25g。

【作用与用途】 本品的抗菌作用和临床药理特点与头孢氨苄相仿,用于敏感细菌所致的尿路感染、呼吸道感染、胃肠道感染、皮肤、软组织、骨和关节的感染性疾病,对败血症和心内膜炎亦有效。

【用法】 静注、肌注、静滴及腹腔注射。2~4g/d,分4次注射。严重

感染时可增至8g/d,且开始治疗时以静注为宜。口服0.25～0.5g/次,4次/d,饭后服。

【注意事项】 ①症状消失或细菌杀灭后还需持续治疗48～72h,溶血性链球菌引起的感染至少需要治疗10d,长期感染性疾病需治疗数周;②对头孢类抗生素过敏者禁用,对青霉素过敏者慎用;③肾功能不全者应酌情减量。

头孢呋新(头孢呋肟) Cefuroxime(Zinacef)

【制剂规格】 粉针剂:0.75g。

【作用与用途】 本品为半合成第2代头孢菌素。用于敏感菌所致的呼吸道、五官、骨和关节、软组织、女性生殖器等部位的感染及败血症。

【用法】 肌注或静注。0.75g/8h。病情严重者可增至4.5～6g/d。

【注意事项】 ①头孢菌素类过敏者禁用;②孕妇、青霉素过敏者慎用;③并用高效利尿剂可致肾损害,肾功能不全者应减量。

头孢哌酮(先锋必) Cefoperazone(Cefobid)

【制剂规格】 粉针剂:钠盐1.0g。

【作用与用途】 本品为广谱第3代头孢菌素,对肠杆菌科细菌和绿脓杆菌有良好抗菌活性。用于呼吸道感染、泌尿道感染、腹膜炎、胆囊炎、败血症、脑膜炎、骨盆、子宫和其他生殖系统炎症、淋病、皮肤及软组织、骨骼及关节感染。

【用法】

1. 肌注:1～2g/次,每12h 1次。病情严重者可增至8g/d,溶于3～4ml注射用水或0.5%利多卡因注射液3ml中徐缓注入。

2. 静注:溶于5%葡萄糖注射液或生理盐水20ml中,于3～5min内注入,剂量同肌注。

3. 静滴:溶于5%葡萄糖注射液250～500ml中,于1～2h内滴完,剂量同肌注。

【注意事项】 ①使用本品时同时服用含酒精饮料可出现双硫仑样反应;②肝病或胆道阻塞者禁用;③6个月以下婴儿及孕妇慎用。

头孢三嗪(头孢三嗪噻肟,菌必治)

Ceftriaxone(Rocephin)

【制剂规格】 粉针剂:钠盐1g。

【作用与用途】 本品为半合成第3代头孢菌素类广谱抗生素,对大多数肠杆菌科细菌有良好作用,对细菌所产生的β内酰胺酶稳定。用于敏感菌所致的胆道、尿路、软组织、骨感染及肺炎、支气管炎、脑膜炎、败血症等。

【用法】

1. 肌注:用于尿路感染,0.25~0.5g/次。

2. 静滴或静注:0.5~2.0g/次,1次/d。病情严重者每12h 1~2g或以上。溶于50~100ml生理盐水或5%葡萄糖液中于30min内滴完,溶于10~20ml葡萄糖液中缓慢推注。

【注意事项】 ①肌酐清除率低于15ml/min者,于用药第2d起调整剂量;②粉针剂宜临用时溶解。

头孢噻甲羧肟(头孢塔齐定,复达欣)

Ceftazidime(Fortum)

【制剂规格】 粉针剂:1g。

【作用与用途】 本品为半合成第3代头孢菌素,抗菌谱广,对肠杆菌科细菌和绿脓杆菌有高度活性,对多种β内酰胺酶稳定。用于敏感菌所致的呼吸道感染,尿路,肝胆系统感染,腹腔感染,妇科感染及败血症等。

【用法】 静注、快速静滴(溶于100ml生理盐水内滴注,20~30min)或肌注。1.5g~6g/d,分3次给予。尿路感染给0.25~0.5g/12h。肌注可加用1%利多卡因0.5ml。

【注意事项】 同头孢哌酮。

氯霉素 Chloramphenicol(Chloromycetin)

【制剂规格】 片剂:0.25g;注射剂:0.25g(2ml);滴眼剂:0.25%(8ml)。

【作用与用途】 本品为广谱抗生素。可用于治疗伤寒、副伤寒,流感

杆菌感染和各种厌氧菌感染。本品能透过血脑屏障，可用于细菌性脑膜炎，因渗入房水，亦用于治疗细菌性眼内感染。

【用法】

1. 口服：1.5～3.0g/d，分4次。

2. 肌注：1.5～3.0g/d，分2～3次。

3. 静脉给药：2～4g/d，分2次。

4. 局部用药：滴眼剂，每日数次滴眼。

【注意事项】 ①肌注疼痛较剧；②对造血系统有毒性反应，在治疗过程中每3～4d应复查血象；③精神患者禁用；④新生儿、早产儿应慎用或禁用；⑤长期应用可引起二重感染。

四环素 Tetracycline

【制剂规格】 片剂：盐酸盐0.25g；眼膏剂：每100g含盐酸四环素0.5g，每支4g。

【作用与用途】 本品为广谱抗生素。用于敏感菌所致的呼吸道、胆道、尿路感染和皮肤软组织感染、支原体肺炎、衣原体感染及立克次体病等。

【用法】 口服。1～2g/d，分4次。

【注意事项】 ①长期应用可引起二重感染及肝脏损害；②8岁以下小儿及孕妇、哺乳期妇女禁用；③肝、肾功能不全者慎用。

强力霉素(脱氧土霉素，多西环素) Doxycycline

【制剂规格】 片剂：盐酸盐0.1g。

【作用与用途】 本品有广谱抑菌作用。可用于革兰阳性球菌和阴性杆菌引起的轻症感染，以及斑疹伤寒、恙虫病等立克次体的感染及支原体肺炎。

【用法】 口服。首次0.2g，以后每次0.1g，2次/d。

【注意事项】 同四环素。

红霉素 Erythromycin

【制剂规格】 片剂：0.1g(肠溶片)；粉针剂：乳糖酸盐0.25g；眼膏

剂:4g(0.5%),2g(0.5%)。

【作用与用途】 本品属大环内酯类,抗菌谱与青霉素相似。用于耐青霉素的金葡菌感染,为治疗军团病、弯曲菌感染、白喉带菌者和百日咳首选药物。

【用法】

1. 口服:0.3~0.4g/次,4次/d,空腹服。

2. 静脉给药:每6~8h 0.3~0.6g,用葡萄糖注射液溶解稀释。

3. 局部用药:0.5%~1%眼膏,每日数次。

【注意事项】 肝病患者须适当减少剂量。

麦迪霉素 Midecamycin

【制剂规格】 片剂:0.1g。

【作用与用途】 本品为大环内酯类,对革兰阳性菌和奈瑟菌有较强作用。用于治疗敏感菌所致的呼吸道感染和皮肤软组织感染、对支原体肺炎和白喉患者亦有良好的治疗效果。

【用法】 口服。0.8~1.2g/d,分3~4次。

乙酰螺旋霉素 Acetylspiramycin

【制剂规格】 片剂:0.1g(10万u)。

【作用与用途】 本品属大环内酯类,抗菌谱类似红霉素,但作用较弱。用于呼吸道感染和皮肤软组织感染,以及猩红热、急性淋巴腺炎、骨髓炎、中耳炎、牙周炎等。

【用法】 口服。0.2g/次,4次/d,首次加倍。

【注意事项】 肝及肾功能减退患者慎用或适当减量。

林可霉素(洁霉素) Lincomycin

【制剂规格】 注射剂:盐酸盐0.6g(2ml);胶囊剂:盐酸盐0.25g。

【作用与用途】 本品抗菌谱较红霉素窄,作用与红霉素相似,对厌氧菌作用强。用于治疗耐药金葡菌和各种革兰阳性菌所致各种感染。

【用法】

1. 口服:1.5~2g/d,分3~4次。

2. 肌注或静滴：每 8～12h 0.6g。严重感染可增加至 2.4g/d 或更高。

【注意事项】 ①新生儿、孕妇及哺乳期妇女慎用；②肝、肾功能减退应减量。

多粘菌素 B　Polymyxin B

【制剂规格】 粉针剂：硫酸盐 50mg。

【作用与用途】 本品对绿脓杆菌、革兰阴性杆菌有强大的抗菌作用，对变形杆菌无作用。用于敏感菌所致的败血症、肺部感染和尿路感染等疾病。

【用法】

1. 肌注：50～100mg/d，分 2～3 次给予。

2. 静滴：剂量同肌注，分 1～2 次给予，每 50mg 用 300～500ml 葡萄糖注射稀释后缓慢滴注。

【注意事项】 ①肾功能损害者不宜用。如必须用，应根据肾功能损害程度调整剂量，疗程不超过 7～10d；②不宜与其他肾毒性药物同用；③剂量不宜过大，疗程不宜超过 10～14d，随访尿常规和血尿素氮、肌酐。

庆大霉素　Gentamicin

【制剂规格】 注射剂硫酸盐：40mg(4 万 u，1ml)，80mg(8 万 u，2ml)。

【作用与用途】 本品为氨基糖甙类广谱抗生素。主要用于葡萄球菌、绿脓杆菌、大肠杆菌、痢疾杆菌、克雷白肺炎杆菌、变形杆菌等感染，与 β 内酰胺类抗菌药物合用常有协同作用。

【用法】 肌注或静滴。8 万 u/次，2～3 次/d，间隔 8h。静滴时用 50～100ml 葡萄糖注射液稀释，30min 内滴完。

【注意事项】 ①长期或超量应用可对耳、肾有毒性，肾功能不全者慎用；②有抑制呼吸作用；③不可与其他肾毒性药物联合应用。

卡那霉素　Kanamycin

【制剂规格】 粉针剂：硫酸盐 0.5g(50 万 u)，1.0g(100 万 u)。

【作用与用途】 本品对多种革兰阳性菌及阴性菌都有较好作用，对

绿脓杆菌无效。主要用于革兰阴性杆菌和对青霉素耐药的金葡菌所引起的各种感染。

【用法】 肌注。0.5g/次,2 次/d。严重感染时可增至每 8h 1 次。

【注意事项】 ①肾功能不全者剂量酌减或不用;②小儿及 50 岁以上患者慎用;③疗程不宜超过 10～14d;④耳毒性大于链霉素、庆大霉素,且停药后仍可继续发展。

丁胺卡那霉素(阿米卡星) Amikacin

【制剂规格】 粉针剂:硫酸盐 0.2g;注射剂:硫酸盐 0.2g。

【作用与用途】 本品为氨基糖甙类,抗菌谱近似庆大霉素。用于对卡那霉素、庆大霉素耐药菌株引起的尿路、肺部等感染,以及绿脓杆菌、变形杆菌所致的败血症。

【用法】

1. 肌注:每日 15mg/kg 体重,分 2～3 次。重症感染者每 8h 用 1 次,0.5g/次,每日总量不超过 1.5g。

2. 静滴:剂量同肌注。

【注意事项】 ①本品的耳毒性和肾毒性与卡那霉素相近;②本品偶有过敏,应注意。

妥布霉素(妥布拉霉素) Tobramycin(Nebcin)

【制剂规格】 粉针剂:硫酸盐 80mg。

【作用与用途】 本品为氨基糖甙类,抗菌活性与庆大霉素相似,对绿脓杆菌作用强。用于绿脓杆菌和其他敏感革兰阴性杆菌所致的严重感染。

【用法】 肌注或静脉给药。80mg/次,3 次/d。病情特别严重者可增至 4 次/d。

【注意事项】 有耳、肾毒性,发生率约 4%。

第二节　磺胺药

磺胺嘧啶(磺胺哒嗪)　Sulfadiazine(SD)

【制剂规格】　片剂:0.5g;注射剂:钠盐,0.1g.

【作用与用途】　属中效磺胺,流脑首选药物,亦可用于敏感细菌所致呼吸道和尿路感染等。

【用法】　一般感染:口服,1g/次,2 次/d;流脑:静脉给药 1g/次,4 次/d。

【注意事项】　①服药期间宜多饮水,并与等量碳酸氢钠同服;②在输液中忌与碳酸氢钠配伍;③肾功能减退者慎用。

双嘧啶　Sulfadiazine and Trimethorim(D.M.D)

【制剂规格】　片剂:每片含磺胺嘧啶 0.4g、甲氧苄氨嘧啶 0.05g;合剂:每 100ml 含磺胺嘧啶 0.4g、甲氧苄氨嘧啶 0.5g,60ml/瓶。

【作用与用途】　参见磺胺嘧啶。

【用法】　口服。片剂:2 片/次,2 次/d;合剂:每日 2ml/kg 体重,分 2 次服。

复方磺胺甲基异恶唑(复方新诺明)
Compound Sulfamethoxazol(SMZco)

【制剂规格】　片剂:每片含 SMZ 0.4g、TMP 0.08g;注射剂:每 2ml 含 SMZ 0.4g、TMP 0.08g。

【作用与用途】　本品抗菌谱广,用于伤寒及敏感细菌所致肺部感染、支气管炎、尿路感染等。

【用法】

1. 口服:2 片/次,2 次/d。

2. 肌注:2ml/次,2 次/d。

【注意事项】　①大剂量长期服用可能引起结晶尿、血尿,须加服碳酸

氢钠;②肾功能减退者慎用。

磺胺嘧啶银　Silver Sulfadiazine(SD－Ag)

【制剂规格】　乳膏或软膏(1%～2%)。

【作用与用途】　在体外几乎可抑制所有的致病菌及真菌,包括绿脓杆菌、大肠杆菌等,尚有收敛作用。用于烧伤后感染的预防。

【用法】　局部用药。

磺胺米隆(甲磺灭脓)　Mafenide(SML)

【制剂规格】　5%～10%醋酸磺胺米隆软膏剂。

【作用与用途】　抗菌谱广,对绿脓杆菌、大肠杆菌、金葡菌有抑制作用。用于烧伤或大面积创伤后绿脓杆菌感染。

【用法】　局部用药。

第三节　抗真菌药物

两性霉素 B　Amphotericin B

【制剂规格】　粉针剂:25mg。

【作用与用途】　本品为治疗深部真菌病首选药物。用于隐球菌、球孢子菌、荚膜组织胞浆菌、芽生菌、孢子丝菌、念珠菌、毛霉菌、曲菌等引起的内脏或全身感染。

【用法】

1. 静滴:首次 0.02～0.1mg/kg 体重,后每天总剂量增加 5mg,当增至每日 0.6～0.7mg/kg 体重,即可暂停增加量,最高日不超过 1mg/kg 体重。

2. 鞘内注射:从小剂量开始,首次为 0.05～0.1mg/次,逐渐增至 0.5mg/次。

【注意事项】　①本品毒性较大,静滴必须缓慢,每次滴注时间需 6h 以上;②葡萄糖液 pH 须在 4.2 以上,不能用生理盐水或糖盐水稀释;

③肾功能减退者剂量宜减。

制霉菌素　Nystatin(Mycostatin)

【制剂规格】 片剂:50万u。

【作用与用途】 本品具广谱抗真菌作用。主要用于胃肠道及皮肤粘膜念珠菌病和口腔念珠菌感染。

【用法】

1. 口服:200万~400万u/d,分3~4次。

2. 局部使用:涂擦混悬剂于患部。

克念菌素　Cannitracin

【制剂规格】 片剂:35mg。

【作用与用途】 对白色念珠菌作用较强,口服用于治疗前列腺增生症。

【用法】 口服。每晚70mg,疗程为2~3个月。

克霉唑(三苯甲咪唑)　Clotrimazole

【制剂规格】 乳膏剂:20g(2%)。

【作用与用途】 本品具有广谱抗真菌活性,对白色念珠菌的效能比制霉菌素好。主要供外用,如体癣、手足癣、耳道、阴道霉菌病。

【用法】 局部用药。2%克霉唑霜,每日数次。

酮康唑　Ketoconazole

【制剂规格】 片剂:0.2g。

【作用与用途】 本品为合成口服咪唑类抗菌药。用于全身真菌病、阴道念珠菌病和皮肤真菌感染。

【用法】 口服。0.2~0.4g/d,分1~2次。

益康唑　Econazole

【制剂规格】 栓剂:0.05g,0.15g;酊剂:15ml,30ml;霜剂:10g(1%)。

【作用与用途】 本品为高效、广谱抗真菌药,主要用于治疗皮肤及粘

膜真菌感染。

【用法】

1. 栓剂：阴道塞入。①0.05g/粒，每晚1粒，15d为1疗程；②0.15g/粒，每晚1粒，3d为1疗程。

2. 酊剂、霜剂：局部涂敷，2次/d。

硝酸咪康唑霜(达克宁霜)　Miconazole Nitrate Cream

【制剂规格】　霜剂：15g。

【作用与用途】　本品为人工合成的抗真菌药，对皮肤真菌、念珠菌、隐球菌具有抑制和杀灭作用，同时对革兰阳性球菌和杆菌也有很强的抗菌力。用于体股癣、手癣、足癣、花斑癣、头癣、须癣、甲癣等。

【用法】　涂擦患处。

第四节　抗病毒药

吗啉胍(病毒灵)　Moroxydine(ABOB)

【制剂规格】　片剂：0.1g；滴眼剂：1%(5ml)。

【作用与用途】　本品对多种病毒有抑制作用。用于流感、流行性腮腺炎、水痘、疱疹等的防治。

【用法】　口服。0.3～0.6g/d，分3次。

三氮唑核苷(病毒唑)　Ribavirin

【制剂规格】　滴眼剂：0.5%(10ml)；注射剂：100mg/ml。

【作用与用途】　本品具有广谱抗病毒作用。主要用于病毒引起的角膜炎和其他眼病。

【用法】

1. 滴眼：每日数次。

2. 肌注或静滴：每日10～15mg/kg体重，分2次，静滴宜慢。

聚肌胞　PolyI.PolyC.

【制剂规格】 注射剂:2mg(2ml)。

【作用与用途】 本品为广谱抗病毒药。用于慢性病毒性肝炎、单纯疱疹、带状疱疹、扁平疣等。

【用法】 肌注。2mg/次,每 3d1 次。

阿苷洛维(无环鸟苷)　Aciclovir

【制剂规格】 片剂:0.2g;粉剂针:0.25g;眼膏剂:2g(3%)。

【作用与用途】 阻止病毒 DNA 的合成,而不影响正常的细胞过程。用于皮肤、粘膜、角膜的单纯胞疹病毒感染,包括初次及复发性生殖器疱疹;免疫缺陷患者可预防单纯疱疹感染,对乙肝病毒具有明显的抑制作用。

【用法】

1. 口服:①治疗单纯疱疹:0.2g/次,5 次/d,连服 5d;②免疫缺陷患者预防单纯疱疹感染:0.2g/次,5 次/d,危险期过后应停药。

2. 涂眼:涂于眼睑内,4～6 次/d,痊愈后再用 3d。

3. 静滴:取 0.25g,用 10ml 注射用水或生理盐水溶解,然后加到 500ml 复方乳酸钠注射液或复方氯化钠注射液中,1 次/d,静脉缓慢滴注,3～3.5h 用完。

【注意事项】 用药期间需多饮水,保持尿路畅通。少部分人用眼膏后出现一过性疼痛,亦有人出现浅表斑点状角膜病变,不必终止治疗,痊愈后无明显后遗症。

阿糖腺苷　Vidarabine

【制剂规格】 粉针剂:0.2g。

【作用与用途】 本品为较广谱的 DNA 病毒抑制剂,对单纯性疱疹Ⅰ型、Ⅱ型病毒,带状疱疹病毒有显著抑制作用,对腺病毒、EB 病毒等亦有抑制作用。用于治疗慢性乙型肝炎、单纯疱疹病毒及巨细胞病毒性脑炎。

【用法】 静滴。成人每 d5～15mg/kg 体重。用 5ml 注射用水加入瓶中(0.2g 药物)振摇成混悬液后,加入 500ml 的输液中预热至 35～

40℃，充分振摇至澄清，缓慢恒速滴注，10～28d 为 1 疗程。

【注意事项】 ①孕妇禁用；②哺乳期妇女、肝功能损害者慎用；③脑水肿、肾功能不全时，须注意用量及输注速度；④使用过程中须进行血象检查；⑤不宜与免疫抑制剂同用。

转移因子 Transfer Factor(TF)

【制剂规格】 粉针剂：1u。

【作用与用途】 本品可提高受体细胞的免疫功能，增加机体抵抗力。用于治疗某些抗生素难以控制的病毒性或霉菌性感染(如带状疱疹、流行性乙型脑炎、白念珠菌感染等)。对恶性肿瘤可作为辅助治疗剂，对自体免疫性疾病也有一定的治疗作用。

【用法】 一般采用皮下注射，注于上臂内侧或大腿内侧腹股沟下端，1u/次，每周 2 次，1 个月后改为每 2 周 1 次(带状疱疹一般只需注射 1 次)。

【注意事项】 0℃以下保存。

干扰素 Interferon

【制剂规格】 粉针剂：100 万 u，10 万 u。

【作用与用途】 本品为一种抗病毒物质，用于预防或治疗病毒感染、肿瘤的辅助治疗等。

【用法】 肌注，每次 100 万 u，每日或隔日 1 次，每日最高用量不超过 500 万 u。疗程视病情而定。

【注意事项】 肌肉注射可见发热、血压升高及肾功能损害。

胸腺素 Thymosin

【制剂规格】 注射剂：10mg。

【作用与用途】 本品能增加细胞免疫功能。用于胸腺发育不全、自身免疫性疾病、病毒性肝炎、恶性肿瘤等。

【用法】 肌注。2～10mg/次，每日或隔日 1 次。

【注意事项】 注射前或停药后再次注射时须做皮试。

第五节　抗结核药物

链霉素　Streptomycin

【制剂规格】　粉针剂：硫酸盐，1g。

【作用与用途】　对某些革兰阳性、阴性菌有抗菌作用，特别对结核杆菌有效。主要用于治疗结核病，与其他抗生素联合可用于布氏杆菌病、草绿色链球菌、心内膜炎、鼠疫等。

【用法】　肌注。一般感染：0.75～1g/d，分1～2次；各种结核治疗：0.75～1g/d，每日或隔日1次，疗程为2～3周。

【注意事项】　①长期使用或采用高剂量后，如产生头痛、发热、血尿、耳重听等，应减少剂量或停药；②本品不得供静脉注射用。

异烟肼（雷米封）　Isoniazid（Rimifon）

【制剂规格】　片剂：0.1g；注射剂：0.1g。

【作用与用途】　用于各种结核病。

【用法】

1．口服。0.1g/d，3次/d，饭后服；或0.3g每日顿服。

2．静注或静滴：0.3～0.6g/次。

【注意事项】　①肝功能不良者，精神病患者和癫痫患者忌用；②孕妇慎用；③与抗酸药如氢氧化铝不宜同服。

对氨基水杨酸钠（对氨柳酸钠）
Sodium Para－aminosalicylate（PAS－Na）

【制剂规格】　片剂：0.5g；粉针剂：2g，4g。

【作用与用途】　对结核杆菌有抑制作用。常与链霉素或异烟肼联合应用。

【用法】

1．口服：2～3g/次，3～4次/d，饭后服。

2. 静滴：8～12g/d(从小剂量开始)。

【注意事项】 ①肝肾功能减退者慎用；②静滴应在避光下 5h 内滴完，变色后不可再用。

乙胺丁醇 Ethambutol

【制剂规格】 片剂：0.25g。

【作用与用途】 抗结核药，对结核杆菌有较强的抑制作用。

【用法】 口服：常用量 0.25g/次，2～3 次/d。

【注意事项】 ①本品主要经肾脏排泄，肾功能减退者慎用；②服药期间注意观察视力和血白细胞变化，眼病患者忌用；③大剂量长期使用对视神经功能有一定影响。

利福平(甲哌力复霉素) Rifampicin

【制剂规格】 片剂：0.15g。

【作用与用途】 本品对结核菌高度敏感，对革兰阳性球菌也有很强的抗菌作用，主要用于肺结核和其他结核病。也可用于耐药金葡菌、肺炎双球菌、肠球菌的感染及沙眼、麻风病等。

【用法】 口服。抗结核：0.45g/d；必要时 0.6g/d，空腹顿服，疗程半年左右；其他感染：0.6～1.2g/d，分 2～3 次。

【注意事项】 ①肝功能严重不良、胆道阻塞患者和 3 个月内的孕妇忌服；②服药后尿、唾液、汗液等排泄物内带红色为正常现象。

吡嗪酰胺 Pyrazinamice

【制剂规格】 片剂：0.25g，0.5g。

【作用与用途】 抑菌作用不及链霉素，毒性大，且易产生耐药性。对处于细胞内缓慢生长的结核菌有效。常与其他抗结核药联用，以缩短疗程。

【用法】 口服。每日 35mg/kg 体重，分 3～4 次。

【注意事项】 易对肝脏造成损害，应注意检查肝功能。孕妇禁用。

第六节　其他抗菌药物

呋喃妥因(呋喃呾啶)　Nitrofurantoin

【制剂规格】　片剂:50mg。

【作用与用途】　本品抗菌谱广，主要用于尿路感染。

【用法】　口服，0.3～0.4g/d，分3～4次。

【注意事项】　饭后服用可减少胃肠道反应

磷霉素　Fosfomycin(Phosphonomycin)

【制剂规格】　粉针剂:钠盐1g，4g。

【作用与用途】　本品为广谱抗生素。用于敏感菌所致的尿路、肺、肠道、皮肤软组织、脑膜及其他部位的感染和败血症。

【用法】

1. 肌注:2～8g/d，分2～4次。

2. 静注或静滴:4～12g/d。

【注意事项】　10%～17%的患者可发生不良反应，以轻度胃肠道反应为主。

吡哌酸(比卜酸)　Pipemidic Acid(PPA)

【制剂规格】　片剂:0.25g。

【作用与用途】　本品对革兰阴性杆菌具有较强的抗菌活性。适用于敏感细菌所致的尿路感染、肠道感染等。

【用法】　口服。1.5～2g/d，分2～4次。

氟哌酸(诺氟沙星)　Norfloxacin

【制剂规格】　胶囊剂:0.1g。

【作用与用途】　本品是一种广谱抗菌药，对革兰阳性及阴性细菌均有作用，用于敏感细菌引起的细菌性痢疾、伤寒及各种感染。

【用法】 口服。0.1～0.2g 次/d,3～4 次/d,宜空腹服。

【注意事项】 孕妇不宜服用,儿童慎用。

大观霉素(壮观霉素,淋必治) Spectinomycin(Trobicin)

【制剂规格】 注射剂:2g(5ml)。

【作用与用途】 用于淋病奈瑟菌株引起的男性急性淋病性尿道炎、直肠炎,女性急性淋病性子宫颈炎。亦用于处理与淋病患者有性接触史者。

【用法】 肌注。每次 2g,严重病例与发生耐药的可增至 4g;儿童 40mg/kg 体重。如注射 4g,可分别在臀部两侧注射。注射前在 2g 灭菌粉末中加入 3.2ml 溶液(盒中附有,为含 0.9% 苯甲醇的灭菌注射用水)溶解,振摇,溶解后每瓶为 5ml,室温(15～30℃)放置,应在 24h 内用完。

【注意事项】 ①不适于梅毒。应用该药可掩盖梅毒潜伏期症状,因此应用前和应用 3 个月后应做梅毒血清检验;②不宜用于孕妇或新生儿;③有荨麻疹、头晕、恶心、寒战、发热、尿量减少、BUN 和 SGPT 升高、血红蛋白和红细胞压积减少等不良反应。

甲硝唑(灭滴灵,甲硝哒唑) Metronidazole

【制剂规格】 片剂:0.2g;注射剂:0.5g(100ml)。

【作用与用途】 本品对厌氧菌具有强大杀菌作用,广泛应用于厌氧菌感染的治疗,为治疗阴道滴虫首选药物。

【用法】

1. 口服:治滴虫病,0.2g/次,3 次/d,7d 为 1 疗程;治疗厌氧菌感染:0.6～2.4g/d,分 3～4 次;治阿米巴病:0.4～0.8g/次,3 次/d,5～7d 为 1 疗程。

2. 静滴:治疗厌氧菌感染,0.5g/次,2 次/d。

【注意事项】 中枢神经系统疾病患者及早期妊娠者禁用。

呋喃唑酮(痢特灵) Furazolidonum

【制剂规格】 片剂:0.1g。

【作用与用途】 抗菌谱与呋喃坦啶相近。用于菌痢、肠炎、伤寒、副

伤寒，对胃、十二指肠溃疡有促进愈合作用。外用治疗阴道滴虫病。

【用法】 口服。成人0.1g/次，3－4次/d；儿童每日5－10mg/kg体重。治疗伤寒为0.6－0.8g/d，分3－4次，热退后减量。

【注意事项】 常见有恶心、呕吐等胃肠道反应。长期或大剂量使用可致周围神经炎及中毒性精神病。肾功能不全患者不宜应用。

第二章　麻醉药及麻醉辅助药

第一节　全身麻醉药

恩氟烷(安氟醚,氟甲氧氟烷)　Enflurane

【制剂规格】　吸入剂:250ml。

【作用与用途】　吸入麻醉药,具有诱导和苏醒迅速而平稳,对唾液分泌和呼吸道分泌几乎无刺激,能钝化咽反射和喉反射,便于气管插管等特点,用于全麻诱导和维持。

【用法】　诱导时吸入。空气内浓度需2%～4.5%,维持用0.5%～3%,一般1.5%～2%可获满意的麻醉效果。

异氟烷(异氟醚)　Isoflurane

【制剂规格】　吸入剂:100ml。

【作用与用途】　吸入全麻药,具有诱导和苏醒迅速而平稳,镇痛作用优于恩氟烷的特点。用于全麻诱导和维持。

【用法】　诱导时吸气内浓度需2%～4.5%,维持用0.3%～3%。

硫喷妥钠　Thiopental

【制剂规格】　粉针剂:0.5g,1.0g。

【作用与用途】　静脉全麻药。用于全麻诱导、复合全麻及小儿基础麻醉。

【用法】　临用前以生理盐水或注射用水溶解成2.5%浓度后使用。

1. 静注:成人每次4～8mg/kg体重。

2. 肌注:小儿每次15～20mg/kg体重。

【注意事项】 ①粉末不易溶解而有沉淀或带有颜色，示已变质，不宜再用；②静注时药液不可外漏，以免引起组织坏死；③肝脏疾患、低血压、心脏病、严重贫血和哮喘患者忌用。

氯胺酮 Ketamine

【制剂规格】 注射剂：盐酸盐 0.1g。

【作用与用途】 静脉全麻药，选择性阻断痛觉传导。用于全麻诱导、复合全麻及小儿基础麻醉。

【用法】

1. 静注：须稀释到 1% 浓度。全麻诱导：每次 1～2mg/kg 体重；全麻维持，0.5～1mg/kg 体重。

2. 肌注：小儿基础麻醉，每次 4～8mg/kg 体重。

【注意事项】 颅内压增高或曾有脑血管意外、严重高血压及青光眼患者禁用。癫痫患者禁用或慎用。

第二节 局部麻醉药

普鲁卡因(奴佛卡因) Procaine

【制剂规格】 注射剂：盐酸盐 0.1g(10ml)，1g(100ml)，40mg(2ml)，2g(100ml)。

【作用与用途】 用于浸润麻醉、阻滞麻醉、封闭疗法及全麻维持等。

【用法】

1. 浸润麻醉：0.25%～0.5% 溶液，每小时不得超过 1.5g。

2. 阻滞麻醉：1%～2% 溶液，每小时不得超过 0.75g。

3. 封闭疗法：0.25%～0.5% 溶液，注射于与病变有关的神经周围或病变部位。

【注意事项】 使用前应做皮试，对本品过敏者禁用；本品代谢产物可对抗磺胺类药作用和增强洋地黄作用，使用时应注意。

普鲁卡因肾上腺素注射液
Procaine and Epinephrine Injection

【制剂规格】 2ml(盐酸普鲁卡因 40mg,盐酸肾上腺素 0.05mg)

【作用与用途】 内含肾上腺素能收缩局部血管,阻缓普鲁卡因的吸收,延长其局部麻醉时间。

【用法】 1～2ml/次。

【注意事项】 ①本品如变成棕色或发生沉淀,即不宜使用;②使用前应做皮试,对本品过敏者禁用。

利多卡因(赛罗卡因) Lidocaine(Xylocaine)

【制剂规格】 注射剂:盐酸盐 0.1g(5ml),0.4g(20ml)。

【作用与用途】 本品对粘膜穿透力强。用于表面麻醉、浸润麻醉、阻滞麻醉和硬膜外麻醉。

【用法】

1. 表面麻醉:1%～2%溶液,每次不超过 0.4g。
2. 浸润麻醉:0.25%～0.5%溶液,每小时不超过 0.5g。
3. 阻滞麻醉:1%～2%溶液,每次不超过 0.4g。
4. 硬膜外麻醉:1%～2%溶液,每次不超过 0.5g。

【注意事项】 Ⅱ、Ⅲ度房室传导阻滞者,对本品过敏者,有癫痫大发作史者、肝功能严重不全者以及休克患者禁用。

丁卡因(地卡因,潘托卡因) Dicaine

【制剂规格】 注射剂:盐酸盐 40mg(4ml)。

【作用与用途】 用于表面麻醉、阻滞麻醉、腰椎麻醉及硬膜外麻醉。

【注意事项】 因毒性较大,本品不宜用于局部浸润麻醉。

第三节　肌肉松弛药

氯化琥珀胆碱(司可林)　Suxamethonium Chloride

【制剂规格】 注射剂:0.1g(2ml)。

【作用与用途】 去极化型肌肉松弛药。用作全身麻醉辅助药。

【用法】 静注。成人每次1～2mg/kg体重,用5%葡萄糖注射液稀释后使用。

【注意事项】 脑出血、青光眼、视网膜剥离、白内障摘除术及高血钾症患者禁用,使用抗胆碱酯酶药者慎用。

阿曲可宁(卡肌宁)　Atracurium Besilate

【制剂规格】 注射剂:25mg(2.5ml)。

【作用与用途】 非去极化型肌肉松弛药。用于外科手术的麻醉中松弛骨骼肌,气管内插管需要松弛肌肉时也可使用。

【用法】 静注。成人剂量0.3～0.6mg/kg体重,可维持肌肉松弛时间15～35min,如在长时间的外科手术,则在静注0.3～0.6mg/kg体重的剂量后,继以每分钟0.005～0.01mg/kg体重的剂量不停滴注,可维持肌肉松弛作用。在诱导体温低至25～26℃时使用本品可减半剂量。

【注意事项】 ①重症肌无力、神经肌肉疾症及严重电解质紊乱患者慎用;②不能与碱性药物在同一注射器内混合使用,以免失效。

第三章　催眠镇静药

苯巴比妥(鲁米那)　Phenobarbita(Luminal)

【制剂规格】　片剂:15mg,30mg,100mg。

【作用与用途】　具有镇静、催眠和抗惊厥等作用。用于治疗焦虑、失眠、癫痫和惊厥等。

【用法】　口服。镇静:15～30mg/d,3 次/d;催眠:睡前服 30～90mg。极量:0.25g/次,0.5g/d。

【注意事项】　①严重肝、肾功能不全及肝硬化患者禁用;②可致依赖性。

司可巴比妥(速可眠)　Secobarbital

【制剂规格】　胶囊剂:钠盐 0.1g。

【作用与用途】　催眠作用出现快,维持时间短。用于治疗失眠。

【用法】　睡前口服。0.1g/次。

【注意事项】　①严重肝功能不全者禁用;②可致依赖性。

水合氯醛　Chloral Hydrate

【制剂规格】　合剂:10%(60ml);溶液剂:20%。

【作用与用途】　具有催眠和抗惊厥作用。用于失眠、烦躁不安和惊厥。

【用法】　口服。催眠:10%合剂 5～10ml,灌肠;抗惊镇痉:20%溶液剂,10ml/次,稀释 2～4 倍后使用。

【注意事项】　①心、肝、肾功能不全者,以及胃溃疡、胃肠炎患者慎用;②可致依赖性。

安定(地西泮,苯甲二氮䓬) Diazepam

【制剂规格】 片剂:2.5mg;注射剂:10mg(2ml)。

【作用与用途】 具有抗焦虑和抗惊厥作用。用于治疗焦虑、恐惧、失眠、肌肉痉挛、惊厥及麻醉前给药。

【用法】

1. 口服:抗焦虑及镇静:2.5～5mg/次,3次/d;催眠:5mg,睡前用。

2. 静注:抗惊厥及麻醉前给药,10～20mg/次。

【注意事项】 ①青光眼和重症肌无力患者慎用;②可致依赖性;③静注时不能与输液或其他注射液混合,以免产生沉淀。

硝基安定(硝西泮) Nitrazepam

【制剂规格】 片剂:5mg。

【作用与用途】 本品引起的睡眠近似生理性,抗癫痫作用强。用于治疗失眠及癫痫等。

【用法】 口服。失眠:睡前服5～10mg/次;癫痫:5～15mg/d,分次服用。

【注意事项】 ①服药同时避免饮酒;②小儿不宜用;③重症肌无力患者禁用。

三唑仑(海乐神) Triazolam

【制剂规格】 片剂:0.25mg。

【作用与用途】 催眠作用显效快,生物半衰期短、副作用小。适用于治疗各型失眠症,尤其适用于睡眠困难、夜间醒觉频繁之失眠症。

【用法】 口服。成人0.25～0.5mg/次;老年人或衰弱患者0.125～0.25mg/次,必要时可增至0.5mg/次,睡前服。

【注意事项】 ①服药期避免饮酒及同服其他中枢神经抑制药;②孕妇和哺乳期妇女慎用;③对本品过敏者禁用;④服药后短时间内不从事需精神集中的工作(如驾车、操纵机器等)。

咪达唑仑(速眠安)　Midazolam

【制剂规格】　片剂：15mg。

【作用与用途】　具有抗焦虑、镇静和安眠等作用，起效快，持续时间短。用于治疗各种失眠症和睡眠节律障碍，也可用作外科手术和诊断检查时诱眠的术前给药。

【用法】　口服。催眠：15mg/次；术前给药：于术前30min给于15mg。

【注意事项】　①本品不适于治疗精神分裂症和严重抑郁症中的失眠；②器质性脑损伤、严重呼吸功能不全或衰弱患者应慎用。③妊娠早期者不宜用；④服药4～6h不得驾车或操纵机器。

第四章　抗癫痫及抗三叉神经痛药

安定(地西泮,苯甲二氮䓬)　Diazepam

【制剂规格】　片剂:2.5mg;注射剂:10mg(2ml)。

【作用与用途】　对癫痫的各种类型发作均有疗效。主要用于肌阵挛性小发作和癫痫持续状态等。

【用法】

1. 口服:5～10mg/次,3 次/d。

2. 静注:5～20mg/次。

【注意事项】　①青光眼和重症肌无力患者慎用;②可致依赖性;③静注时不能与输液或其他注射液混合,以免产生沉淀。

苯妥英钠(大仑丁)　Phenytion Sodium

【制剂规格】　片剂:50mg,100mg;粉针剂:0.1g,0.25g。

【作用与用途】　具有抗癫痫和抗外周神经痛等作用。用于治疗小儿癫痫,防止癫痫大发作及精神运动性发作,亦可用于治疗三叉神经痛和坐骨神经痛。

【用法】

1. 口服:抗癫痫,50～100mg/次,100～300mg/d;抗三叉神经痛,100mg/次,2～3 次/d。

2. 肌注、静注或静滴:0.125～0.25g/次,每日量不超过0.5g。

【注意事项】　①长期服用应注意检查血象;②孕妇和哺乳期妇女慎用;③本品血浆治疗浓度范围为 10～20mg/L。

苯巴比妥(鲁米那) Phenobarbital

【制剂规格】 片剂:15mg,30mg,100mg;针剂或粉针剂:0.1g。

【作用与用途】 广谱抗癫痫药。作用快,能控制症状,亦可与苯妥英钠合用以维持治疗。注射给药用于对抗癫痫持续状态及惊厥。

【用法】

1. 口服:15～30mg/次,3 次/d。

2. 皮注、肌注或静注:0.1～0.2g/次,1～2 次/d。

3. 极量:0.25g/次,0.5g/d。

【注意事项】 ①静注时应缓慢;②不可突然停药,以免引起癫痫持续状态;③肝、肾功能不全者应禁用;④可致依赖性。

丙戊酸钠 Sodium Valproate

【制剂规格】 片剂:0.2g。

【作用与用途】 广谱抗癫痫药。多用于其他抗癫痫药无效的各型癫痫。

【用法】 口服。0.2～0.4g/次,2～3 次/d。

【注意事项】 肝功能异常者忌用。

卡马西平(酰胺咪嗪) Carbamazepine

【制剂规格】 片剂:0.1g。

【作用与用途】 有抗癫痫作用,尤其适用于伴有精神运动性发作。对三叉神经痛和舌咽神经痛疗效较苯妥英钠好。亦可用于治疗神经性尿崩症。

【用法】 口服。0.1g/次,开始 2 次/d,以后 3 次/d,饭时服。个别三叉神经痛病例用量可达 1～1.2g/d。尿崩症者用 0.6～1.2g/d。

【注意事项】 ①长期用药应定期查血象、肝功能和尿常规;②心、肝、肾功能不全者及妊娠早期者、哺乳期妇女忌用,青光眼、严重心血管疾病患者或老年患者慎用。

氯硝安定(氯硝西泮)　Clonazepam

【制剂规格】　片剂:2mg;针剂:1mg(1ml)。

【作用与用途】　广谱抗癫痫药　用于治疗儿童小发作,婴儿痉挛性,肌阵挛性及运动不能性发作。静注可治疗癫痫持续状态。

【用法】

1. 口服:婴儿或儿童,开始每日0.01～0.05mg/kg体重,每3d增加0.25～0.5mg,维持量为每日0.1～0.2mg/kg体重;成人,开始1mg/d,每3d增加0.5～1.0mg,通常剂量4～8mg/d。

2. 静注:1～4mg,速度为0.1mg/s。

【注意事项】　①常见副作用为嗜睡、共济失调及行为紊乱;②突然停药可引起癫痫持续状态;③与丙戊酸钠合用可能会促发癫痫小发作持续状态;④静注对心脏、呼吸抑制作用较强,需十分小心。

丙戊酰胺(癫健安)　Valpromide

【制剂规格】　片剂:0.2g。

【作用与用途】　广谱抗癫痫药,服用后在肠内转变为丙戊酸,经吸收后而发挥作用。用于防治各种类型的癫痫。

【用法】　口服。0.2～0.4g/次,3次/d。

舒乐安定(三唑安定)

【制剂规格】　片剂:1mg。

【作用与用途】　具有较强的镇静、安眠、抗惊厥、抗焦虑的作用,以及较弱的中枢性骨骼松弛作用和抗胆碱作用。用于失眠、惊厥、焦虑、紧张、恐惧、癫痫大小发作等症,亦可用于麻醉前给药。

【用法】　口服。镇静:1～2mg/次,2～3次/d;安眠:1～2mg/次,睡前服用;抗癫痫:2～4mg/次,3次/d;麻醉前给药:2～4mg,手术前1h给药。

【注意事项】　孕妇、哺乳期妇女及重症肌无力患者忌用。

第五章　其他神经和精神病用药

阿米替林　Amitriptyline

【制剂规格】 片剂：25mg。

【作用与用途】 具有抗抑郁作用。用于治疗各类抑郁症，尤其适用于兼有焦虑和忧郁症状的患者。

【用法】 口服。25mg/次，2 次/d，递增至 150～200mg/d。少数住院患者可增至 300mg/d，维持量为 50～150mg/d。

【注意事项】 ①不得与单胺氧化酶抑制剂合用；②严重心脏病、青光眼及排尿困难患者禁用。

多虑平(多塞平)　Doxepin

【制剂规格】 片剂：25mg。

【作用与用途】 具有抗抑郁作用。用于治疗抑郁症和神经官能症。

【用法】 口服。25～50mg/次，3 次/d。

【注意事项】 同阿米替林。

碳酸锂　Lithium Carbonate

【制剂规格】 片剂：0.25g。

【作用与用途】 具有抗躁狂作用。用于治疗躁狂症和预防双相情感性精神病复发等。

【用法】 口服。0.125～0.5g/次，3 次/d，视病情可增至 1.5～2g/d。

【注意事项】 ①严重心血管病、肾病、脑损伤、脱水、钠耗竭及使用利尿剂者禁用；②用药期间保持正常食盐摄入量。

氟哌啶醇(氟哌丁苯)　Haloperidol

【制剂规格】 片剂:2mg;注射剂:5mg(1ml)。

【作用与用途】 抗焦虑、抗精神病作用强,镇吐作用亦较强。用于精神分裂症及躁狂症,亦用于呕吐、严重焦虑及抽搐秽语综合征等。

【用法】

1. 口服:治疗精神病:4～60mg/d;治疗呕吐、焦虑和抽搐秽语综合征:0.5～1.5mg/d。

2. 肌注:5～10mg/次,2～3次/d。

【注意事项】 ①多见锥体外系反应;②心功能不全者忌用;③孕妇及基底神经节病变患者禁用。

奋乃静　Perphenazine

【制剂规格】 片剂:2mg。

【作用与用途】 安定、镇吐作用较氯丙嗪强,镇静作用较弱。用于精神分裂症及躁狂症,亦可用于呕吐及严重焦虑。

【用法】 口服。治疗精神病:30～60mg/d;治疗呕吐和焦虑,2～4mg/次,2～3次/d。

【注意事项】 肝功能不全者慎用。

氯丙嗪(冬眠灵)　Chlorpromazine

【制剂规格】 片剂:12.5mg,25mg;注射剂:25mg(1ml),50mg(2ml)。

【作用与用途】 具有安定、抗精神病、镇吐和降温作用;能加强催眠药、麻醉药及镇痛药的作用。用于精神分裂症及躁狂症,亦用于镇痛、低温麻醉及人工冬眠,与镇痛药合用治疗癌症患者剧痛。

【用法】

1. 口服:治疗精神病,50～800mg/d,分2～3次;镇吐:12.5～50mg/次。

2. 肌注或静注:治疗精神病:25～100mg/次;镇吐:25～50mg/次。

【注意事项】 ①可致直立性低血压;②长期使用可发生锥体外系反应;②长期服用应定期检查肝功能;④肝功能严重减退者禁用,有癫痫史、

尿毒症及心血管疾病患者慎用。

氟西泮(氟安定) Flurazepam

【制剂规格】 片剂:15mg。

【作用与用途】 具有催眠作用,与巴比妥类不同,治疗量对快波睡眠无明显影响,停药后无反跳性睡眠障碍。用于失眠。

【用法】 口服。15～30mg/次,每天睡前。

【注意事项】 ①可发生共济失调、眩晕和跌倒,尤以年老体弱者多见;②肝、肾功能不全者慎用;③严重忧郁症患者慎用。

舒必利(止呕灵) Sulpiride

【制剂规格】 片剂:100mg;注射剂:50mg(2ml),100mg(2ml)。

【作用与用途】 本品具有止吐及抗精神病作用,并有一定的抗抑郁作用。无催眠作用。用于治疗呕吐、精神分裂症及慢性退缩和幻觉妄想病、官能性抑郁和疑病状态、酒精中毒性精神病等。

【用法】

1. 口服:600～1 200mg/d。

2. 肌注或静滴:400～600mg/d。

【注意事项】 ①可出现轻度锥体外系反应;②过量时可有心电图改变、血压升高或降低、胸闷、脉频等。

氟奋乃静 Fluphenazinum

【制剂规格】 片剂:2mg;5mg;针剂(长效剂氟奋乃静癸酸酯):5mg(2ml),25mg(1ml)。

【作用与用途】 安定作用较奋乃静强,镇静作用轻微。用于妄想型、紧张型精神分裂症。

【用法】

1. 盐酸氟奋乃静片:口服,2～20mg/d。

2. 氟奋乃静癸酸酯针:肌注,1次/2周,开始每次12.5mg,以后逐渐增加至每次25mg。

【注意事项】 ①用药后很易出现锥体外系的运动障碍症状,使用时

可考虑同时服用抗震颤麻痹药，以预防或减少副作用的发生；②本品用量最好从小剂量开始，逐渐增加。

三氟拉嗪　Trifluoperazine

【制剂规格】 片剂：5mg。

【作用与用途】 安定、抗精神病作用较氯丙嗪强。用于精神分裂症及分裂情感性反应。

【用法】 口服。5～10mg/次，3 次/d，视病情增减。必要时每日增至45mg，一般约 3 个月为 1 疗程。

【注意事项】 ①锥体外系反应多见，还可见心悸、失眠；②肝功能严重不全患者忌用或减量慎用。

第六章　镇　痛　药

哌替啶(度冷丁)　Pethidine(Dolantin)

【制剂规格】　片剂:25mg;注射剂:50mg(1ml)。

【作用与用途】　有镇痛及镇静作用。用于剧烈疼痛及麻醉前给药。

【用法】

1. 口服:50～100mg/次。极量为0.2g/次,0.6g/d。

2. 肌注:50～100mg/次。极量为0.2～0.6g/d。

【注意事项】　①可致依赖性;②婴幼儿慎用。

芬太尼　Fentanyl

【制剂规格】　注射剂:枸橼酸盐0.1mg(2ml)。

【作用与用途】　镇痛作用产生快,维持时间长。用于各种疼痛以及外科、妇科等术后和手术过程中的镇痛。

【用法】

1. 肌注:镇痛:0.05～0.1mg;麻醉前给药0.05～0.1mg。

2. 静注:0.05～0.1mg。

【注意事项】　①静注时可出现胸壁肌肉强直,此时需肌肉松弛剂对抗;②孕妇、心律失常患者慎用;③支气管哮喘、呼吸抑制及重症肌无力患者禁用。

吗啡　Morphine

【制剂规格】　注射剂:10mg(1ml)。

【作用与用途】　具有镇痛、镇静、镇咳、抑制呼吸及扩张血管等作用。

【用法】　皮注。5～15mg/次,3～4次/d。极量为20mg/次,60mg/d。

【注意事项】 ①可致依赖性；②婴儿、哺乳期妇女，以及严重肝功能不全，肺源性心脏病、支气管哮喘、颅脑损伤等患者禁用。

可待因 Codeine

【制剂规格】 片剂：15mg；注射剂：15mg(1ml)。

【作用与用途】 有镇痛及镇咳作用。用于剧烈干咳和中等程度疼痛。

【用法】 口服或皮注。15～30mg/次，30～90mg/d。极量为0.1g/次，0.25g/d。

【注意事项】 可致依赖性。

美沙酮(美散痛) Methadone

【制剂规格】 片剂：7.5mg；注射剂：7.5mg。

【作用与用途】 本品镇痛作用与吗啡相同或略强，其他作用较弱。主要用于创伤、手术及癌症所致剧痛。

【用法】

1. 口服：5～10mg/次，10～15mg/d。

2. 肌注或皮注：2.5～5mg/次，10～15mg/d。极量为10mg/次，20mg/d。

【注意事项】 ①不良反应与吗啡相似但较轻；②分娩、呼吸中枢功能不全者及幼儿禁用。

罗通定(颅痛定) Rotundin

【制剂规格】 片剂：30mg；注射剂：60mg(2ml)。

【作用与用途】 有镇痛及催眠作用。用于消化系统疾病引起的内脏痛、月经痛、分娩后宫缩痛、头痛及失眠等。

【用法】

1. 口服：60～120mg/次，1～4次/d。

2. 肌注：镇痛：60～90mg/次。催眠：30～90mg/次，睡前服。

【注意事项】 可致耐受性。

强痛定(AP－237)　Fortanodynum

【制剂规格】　片剂:30mg;注射剂:0.1g(2ml)。

【作用与用途】　速效镇痛药。主要用于偏头痛、三叉神经痛、炎症性及外伤性疼痛、关节痛、痛经和癌症引起的疼痛等。

【用法】

1. 口服:60mg/次,3 次/d。

2. 皮注:50mg/次。

第七章　解热镇痛非甾体抗炎药及抗痛风药

乙酰水杨酸(阿斯匹林)　Acetylsalicylie Acid

【制剂规格】　片剂:0.1g,0.3g,0.5g。

【作用与用途】　具有解热、消炎及镇痛作用,还有抗血小板聚集作用。用于发热、疼痛及类风湿性关节炎等,亦可用于预防血栓、动脉粥样硬化及心肌梗死。

【用法】　口服。解热镇痛:0.3～0.6g/次,3 次/d;抗风湿:0.5～1.0g/次,3～5 次/d;预防血栓、动脉硬化及心肌梗死,0.3g/次,1 次/d。

【注意事项】　①哮喘尤其是同时患有鼻息肉患者,胃、十二指肠溃疡者及孕妇应慎用;②饮酒前后不宜服本品;③不宜与口服抗凝血药(如华法令、双香豆素类)合用。

复方阿斯匹林(APC)

【制剂规格】　片剂:0.42g(内含乙酰水杨酸 0.2268g、非那西丁 0.162g、咖啡因 0.035g)。

【作用与用途】　同阿斯匹林,但副作用较小。

【用法】　口服。1～2 片/次,3 次/d。小儿酌减。

【注意事项】　可引起胃肠道反应及肾脏损害。

安乃近(诺瓦经)　Metamizole

【制剂规格】　片剂:0.5g;注射剂:0.25g(1ml)。

【作用与用途】　本品有较强的解热、镇痛、抗风湿作用,用于高热、头痛、神经痛、牙痛等。

【用法】

1. 口服:0.25～0.5g/次,3 次/d。

2. 肌注:0.25～0.5g/次,儿童酌减。

3. 滴鼻:用于小儿退热,1～2 滴/次。

【注意事项】 ①注射时易引起虚脱;②少数患者有过敏反应。

布洛芬(异丁苯丙酸) Ibuprofen

【制剂规格】 片剂:0.1g,0.2g。

【作用与用途】 本品为非甾体抗炎药,具有解热、抗炎、镇痛作用,主要用于风湿性关节炎。

【用法】 口服。0.2g/次,3 次/d。

【注意事项】 可见胃肠道反应及过敏反应。消化道溃疡者慎用。

消炎痛(吲哚美辛) Indomethacin(Indometacin)

【制剂规格】 片剂:25mg。

【作用与用途】 本品具有解热、镇痛及抗炎作用,主要用于风湿性关节炎及急性痛风等。

【用法】 口服。25mg/次,3 次/d。必要时增至0.1～0.15g/d,分3-4 次。

【注意事项】 肾功能不全、胃、十二指肠溃疡患者及孕妇禁用。

炎痛喜康(吡罗昔康) Piroxican

【制剂规格】 片剂:20mg。

【作用与用途】 有抗炎、镇痛作用。用于风湿及类风湿性关节炎。

【用法】 口服。20mg/次,1 次/d。

【注意事项】 ①长期服用应注意血象及肝、肾功能,并注意大便色泽的变化,必要时进行大便潜血试验;②孕妇慎用。

去痛片(索密痛片) Somiton Tablets

【制剂规格】 每片含氨基比林 0.15g、非那西丁 0.15g、咖啡因 50mg、苯巴比妥 15mg。

【作用与用途】 有解热、镇痛、抗风湿作用。用于发热、头痛、神经痛、牙痛、月经痛、肌肉痛、活动性风湿病及类风湿性关节炎等。

【用法】 口服。必要时服1～2片。

复方氨基比林注射液

【制剂规格】 2ml。内含氨基比林0.1g、安替比林40mg、巴比妥18mg。

【作用与用途】 有解热镇痛作用。用于治疗发热、头痛、关节痛、活动性风湿症、神经痛及痛经。

【用法】 皮注或肌注。2ml/次。必要时可每天用数次，但24h不超过10ml。

【注意事项】 ①本品易引起粒细胞减少及血象改变，遇此应立即停药；②遇冷易析出结晶，微温溶解仍可使用。

丙磺舒 Probencid

【制剂规格】 片剂：0.25g。

【作用与用途】 抗痛风药，有促进尿酸排泄作用，能抑制青霉素排泄。用于慢性痛风及作青霉素治疗的辅助药。

【用法】 口服。0.25～0.5g/次，2～4次/d。

【注意事项】 ①对磺胺类过敏及肾功能不全者禁用；②不宜与水杨酸类药同服。

别嘌醇(别嘌呤醇) Allopurinol

【制剂规格】 片剂：0.1g。

【作用与用途】 抗痛风药，有抑制黄嘌呤氧化酶的作用。用于痛风及高尿酸血症。

【用法】 口服。0.2～0.4g/d，1次或分次服用。

【注意事项】 孕妇慎用。

秋水仙碱 Colchicine

【制剂规格】 片剂：0.5mg，1mg。

【作用与用途】 本品能减少痛风发作期粒细胞对尿酸盐的吞噬作用，抗炎、镇痛作用显著，用于急性痛风的治疗。

【用法】 口服。首剂量 1mg，以后 0.5mg/2h，至剧痛缓解为止。极量为 3mg/d。

第八章　抗震颤麻痹药

左旋多巴　Levodopa

【制剂规格】　片剂：0.25g；注射剂：50mg(20ml)。

【作用与用途】　本品在脑中转化成多巴胺而发挥作用。用于治疗原发性震颤麻痹及非药原性震颤麻痹综合征，也用于治疗肝昏迷。

【用法】

1. 口服：开始 0.25～0.5g/d，3～4d 增加 0.125～0.5g，维持量为 3～6g/d。

2. 静滴：治疗肝昏迷：0.3～0.4g/d，加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静滴，待完全清醒后减至 0.2g/d，继续 1～2d 停药。

【注意事项】　①严重心血管病、器质性脑病、内分泌失调及精神病患者禁用；②禁与非选择性单胺氧化酶抑制剂和麻黄碱同时应用。

美多巴　Madopar

【制剂规格】　片剂或胶囊，Madopar —125 含左旋多巴 100mg、卞丝肼 25mg；Madopar —250 含左旋多巴 200mg、卞丝肼 50mg。

【作用与用途】　脑外脱羧酶抑制剂卞丝肼能抑制左旋多巴在外周脱羧，使有更多的左旋多巴进入脑内，不仅可减少左旋多巴的用量，还可减少其外周不良反应。用于帕金森病和除药物(如精神病治疗药物)诱发以外的各类型帕金森综合征。

【用法】　口服。开始 Madopar —125，1 粒/次；Madopar —250，半粒/次，2 次/d。2～3d 增加 1 粒，一般每日量不超过 12 粒(或 Madopar —250 不超过 5 粒)；维持量可改为 Madopar —250，1 粒/次，3 次/d。

【注意事项】　同左旋多巴。

苯海索(安坦)　Benzhexol

【制剂规格】　片剂:2mg。

【作用与用途】　中枢性抗胆碱药。用于震颤性麻痹。

【用法】　口服。开始1～2mg/d,逐步增至5～10mg/d,分次服用,极量为20mg/d。

【注意事项】　青光眼患者禁用。

东莨菪碱　Scopolamine

【制剂规格】　片剂:氢溴酸盐0.2mg。

【作用与用途】　抗胆碱药,有镇静和阿托品样作用。用于麻醉前给药、晕动病及震颤性麻痹等。

【用法】

1. 口服:0.3～0.6mg/次,0.6～1.2mg/d。极量为0.6mg/次,2mg/d。

2. 皮注:0.3～0.5mg/次,极量为0.5mg/次,1.5mg/d。

【注意事项】　青光眼患者禁用。

开马君(丙环定)　Kemadrin

【制剂规格】　片剂:5mg。

【作用与用途】　中枢性抗胆碱药。用于治疗震颤麻痹和消化性溃疡等。

【用法】　口服。5～10mg/次,3次/d。

【注意事项】　①重症肌无力者忌用;②青光眼、心动过速及尿潴留患者慎用。

第九章　抗偏头痛药

麦角胺咖啡因片　Ergotamine and Caffeine

【制剂规格】　每片含酒石酸麦角胺 1mg、咖啡因 0.1g。

【作用与用途】　麦角胺有收缩血管使脑动脉搏动恢复正常之作用，因而使头痛减轻。咖啡因也能收缩脑血管而减低脑血流，与麦角胺合用有协同作用，且能降低麦角胺的毒性。主要用于偏头痛，亦用于脑动脉扩张性头痛和组胺引起的头痛。

【用法】　口服。刚发作时立即服 1 片，30min 后如仍未缓解，再增服 1 片。

【注意事项】　①用于预防偏头痛，无效。偏头痛已达高峰时也无效；②孕妇，心绞痛、脓毒症、末梢血管疾患以及肝功能不全患者忌用。

苯噻啶　Pizotifen

【制剂规格】　片剂：0.5mg。

【作用与用途】　具有抗 5－羟色胺、抗组胺及较弱的抗胆碱作用。主要用于防治偏头痛，亦用于急、慢性荨麻疹、皮肤划痕症和血管神经性水肿。

【用法】　口服。0.5～1mg/次，3 次/d。

【注意事项】　①副作用主要表现为嗜睡；②青光眼和前列腺肥大患者以及孕妇忌用。

第十章　拟胆碱药及抗胆碱酯酶药

新斯的明　Neostigmine

【制剂规格】　注射剂：0.5mg，1mg；片剂：15mg。

【作用与用途】　本品通过抑制胆碱酯酶而发挥完全拟似乙酰胆碱的作用。用于治疗重症肌无力、手术后功能性肠胀气及尿潴留等。

【用法】

1. 皮注或肌注：0.25～0.5mg/次。极量为1mg/次。

2. 口服：15mg/次，3次/d。极量为30mg/次，0.1g/d。

【注意事项】　心绞痛、支气管哮喘、机械性肠梗阻及尿路梗阻患者禁用。

吡啶斯的明　Pyridostigmine

【制剂规格】　片剂：60mg；针剂：1mg、5mg。

【作用与用途】　本品作用机理及化学结构与新斯的明相似，作用较新斯的明稍弱而持久。主要用于重症肌无力，亦用于术后腹胀气和尿潴留。

【用法】

1. 口服：治疗重症肌无力：60mg/次，3次/d。

2. 肌注：治疗腹胀气及尿潴留：1～5mg/次。

加兰他敏(强肌片)　Galantamine

【制剂规格】　片剂：5mg；针剂：1mg，2.5mg，5mg。

【作用与用途】　本品为胆碱酯酶可逆性抑制剂，并可改善神经肌肉间的传导，用于重症肌无力、进行性营养不良、脊髓前角灰白质炎(小儿麻

痹症)后遗症、儿童脑型麻痹及因神经疾患所致感觉运动障碍等的治疗。

【用法】

1. 口服：成人，10mg/次，3 次/d，小儿每次 0.5～1mg/kg 体重，3 次/d。

2. 肌注：2.5～10mg/次，1 次/d。

【注意事项】 支气管哮喘、机械性肠梗阻、癫痫、心绞痛及心动过缓者慎用。

腾喜龙 Edrophonium Chloride

【制剂规格】 注射剂：0.1g(10ml)。

【作用与用途】 本品为短效胆碱酯酶抑制剂，和新斯的明相似，但作用较弱且短暂，对神经接头的选择性高，因此副作用少，主要用于重症肌无力的诊断、解救箭毒类肌肉松弛药的中毒。

【用法】

1. 诊断重症肌无力：2mg/次，静注 120s 后无反应时，再注射 8mg。

2. 抗肌肉松弛药中毒：10mg/次，肌注。

第十一章　中枢兴奋药和脑细胞营养药

尼可刹米(可拉明)　Nikethamide

【制剂规格】　注射剂:0.375g(1.5ml)。

【作用与用途】　兴奋呼吸中枢。用于中枢性呼吸及循环衰竭,麻醉药及其他中枢抑制剂中毒。

【用法】　静注或肌注。0.25～0.5g/次。极量为1.25g/次。

【注意事项】　用量过大能引起惊厥。

洛贝林(山梗菜碱)　Lobeline

【制剂规格】　注射剂:3mg(1ml)。

【作用与用途】　兴奋颈动脉体化学感受器而反射性兴奋呼吸中枢。用于新生儿窒息、吸入麻醉药和其他中枢抑制剂中毒、一氧化碳引起的窒息,以及肺炎、白喉等传染病引起的呼吸衰竭等。

【用法】

1. 皮注或肌注:成人:3～10mg/次,极量为20mg/次,50mg/d;儿童:1～3mg。

2. 静注:成人:3mg/次,极量为20mg/d;儿童为0.3～3mg/次。必要时每30min可重复1次。

【注意事项】　大剂量能引起心动过缓、传导阻滞以及呼吸抑制。

安钠咖(苯甲酸钠咖啡因)

【制剂规格】　注射剂:0.25g(1ml),0.5g(2ml)。

【作用与用途】　本品小剂量兴奋大脑皮质,治疗量直接兴奋延髓呼吸中枢。主要用于急性感染或药物中毒所致呼吸抑制及循环衰竭。与解

热镇痛药合用治疗一般性头痛。

【用法】 肌注，0.25～0.5g/次。极量为0.75g/次，3g/d。

【注意事项】 剂量较大可引起兴奋不安、失眠、头痛，甚至惊厥。

美解眠(贝美格) Megimide

【制剂规格】 注射剂：50mg(20ml)。

【作用与用途】 对巴比妥类及其他催眠药有对抗作用。用于解除巴比妥类、导眠能及水合氯醛等药物的中毒。

【用法】

1. 静注：每3～5min注射50mg，至病情改善或出现恶心、呕吐等症状为止。

2. 静滴：50mg/次，以5%葡萄糖液500ml稀释后用。

【注意事项】 注射时须准备短时作用的巴比妥，以便惊厥时解救。

胞二磷胆碱(尼可林) Citicoline

【制剂规格】 注射剂：0.25g(2ml)。

【作用与用途】 对改善脑组织代谢，促进大脑功能恢复和促进苏醒有一定作用。主要用于急性脑外伤和脑手术所引起的意识障碍。

【用法】

1. 静注：0.25g/d。

2. 静滴：0.2～0.5g/d。

【注意事项】 在脑内出血急性期，不宜用大剂量。

回苏灵(二甲弗林) Dimeflinum

【制剂规格】 注射剂：8mg。

【作用与用途】 本品对呼吸中枢有显著的兴奋作用，作用快，维持时间短，用于各种原因引起的中枢性呼吸抑制或呼吸停止。

【用法】 肌注。8～16mg/次。

【注意事项】 易引起肌肉抽搐甚至惊厥。有惊厥史者忌用或慎用。孕妇禁用。

氯酯醒(遗尿丁)　Mecolfenoxate

【制剂规格】　片剂:100mg;粉针剂:250mg。

【作用与用途】　能促进脑细胞氧化还原过程,增加对碳水化合物的利用,调节神经细胞代谢,多用于外伤性昏迷、新生儿缺氧症、酒精中毒、儿童遗尿症等。

【用法】

1. 口服:100～200mg/次,3 次/d。

2. 静注:临用前以注射用水或 5% 葡萄糖液稀释成 5%～10% 溶液供静注用,或溶于 5% 葡萄糖液 250～500ml 中供静滴。

【注意事项】　偶见药疹、发热等不良反应。

克脑迷　Antiradon

【制剂规格】　针剂:1g。

【作用与用途】　促进脑细胞代谢,用于脑外伤昏迷、一氧化碳中毒及脑缺氧。

【用法】　静滴,1g/d,溶于 5%～10% 葡萄糖液中滴注。疗程为 1～2 周。

吡硫醇(脑复新)　Pyritinol

【制剂规格】　片剂:0.1g。

【作用与用途】　具有中枢兴奋作用。用于脑震荡综合征、脑外伤后遗症、脑炎及脑膜炎后遗症等,亦用于脑动脉硬化症、老年痴呆性精神病等。

【用法】　口服,0.1～0.2g/次,3 次/d。

【注意事项】　可见恶心、皮疹及失眠等。

脑复康(酰胺吡咯烷酮)　Piracetam

【制剂规格】　片剂:0.2g,0.4g。

【作用与用途】　主要用于脑动脉硬化症及脑血管意外所致的记忆和思维功能减退,亦可用于老年精神衰弱和儿童智力低下。

【用法】 口服。0.8～1.6g，3次/d。

都可喜 Duxil

【制剂规格】 片剂：每片含烯丙哌三嗪30mg、阿吗碱10mg。

【作用与用途】 本品主要用于亚急性及慢性大脑血管功能不全及其所引起的各种症状，如记忆力丧失、智能及注意力下降、血管性视网膜及内耳功能紊乱。

【用法】 1～2片/d，早晚服。

【注意事项】 严禁与单胺氧化酶抑制剂同用。

脑活素 Cerebrolysin

【制剂规格】 针剂：1ml，2ml，5ml，10ml。

【作用与用途】 本品适用于脑血管代偿不足所致的功能失调，中风、颅手术、严重脑部感染继发的功能紊乱，器质性大脑综合征，注意力不集中和记忆力障碍，脑功能衰退，轻度婴幼儿大脑发育不全，脑震荡或挫伤后遗症，也可作为内源性抑郁及癫痫的支持疗法。

【用法】 静滴。成人常用10～30ml稀释于5%葡萄糖或生理盐水250ml中缓慢滴注，60～120min滴完，10～20次为1疗程，依病情而定。皮下注射不超过2ml，肌肉注射不超过5ml，静脉注射不超过10ml。

【注意事项】 一般副作用轻微，注射过快会有轻度热感，极少数病例出现寒战、轻度发热，且与体质有关。严重肾功能障碍者忌用，有过敏体质者慎用。

第十二章　心血管药

第一节　强心甙

洋地黄(毛地黄)　Digitalis

【制剂规格】　片剂:0.1g。

【作用与用途】　本品使心肌收缩力加强,输出量增加,并使舒张期延长,心率减慢,主要用于伴有心力衰竭的心脏病、心功能不全、室上性心动过速、心房扑动、心房纤颤等症。

【用法】　成人饱和量为 0.7～1.0g,维持量为 0.05～0.1g/d;小儿全效量:2 岁以下 40mg/kg 体重;2 岁以上 30mg/kg 体重。维持量为全效量的 1/5～1/10,1 次/d。

【注意事项】　本品有厌食、恶心、头痛、黄视等副作用。服药期间及服药后 7d 内忌服钙剂或肾上腺素、麻黄素。用药期间,如出现早搏、二联律、三联律、心动过缓等心律失常症状,应考虑停药。本品积蓄性强,易发生洋地黄中毒,应提高警惕。

地高辛(狄戈辛)　Digoxin

【制剂规格】　片剂:0.25mg;

【作用与用途】　本品作用同洋地黄,特点是作用快、易排泄、蓄积作用小,大部分以原形经肾排泄。

【用法】　口服。全效量:成人 1～1.5mg,于 24h 内分次服用。小儿 2 岁以下 0.06～0.08mg/kg 体重,2 岁以上 0.04～0.06mg/kg 体重。成人维持量为 0.125～0.5mg/d,分 2 次服。小儿维持量是全效量的 1/4。

【注意事项】　同洋地黄。

毛花甙丙(西地兰) Deslanoside

【制剂规格】 针剂:0.4mg(2ml)。

【作用与用途】 用于急性心力衰竭及室上性心动过速、心房颤动或扑动。作用较地高辛快,比毒毛花甙K稍慢。

【用法】 静注。0.4～0.8mg,用葡萄糖液稀释后缓慢注射。全效量:成人1～1.6mg/d;2岁以下儿童0.04～0.06mg/kg体重,2岁以上0.02～0.04mg/kg体重,首剂应用全效量的1/3～1/2。在获全效后,每日口服地高辛的维持量。

【注意事项】 同洋地黄。

毒毛旋花子甙K K-Strophanthin

【制剂规格】 针剂:0.25mg(1ml)

【作用与用途】 本品同毛花甙丙,但作用更快更短,无蓄积作用,易排出。适于急性心力衰竭。

【用法】 静注。成人首剂0.25mg,必要时2～4h再给0.125～0.25mg,小儿每次0.007～0.012mg/kg体重。须用25%葡萄糖液稀释后缓慢注射(不得少于5min)。

【注意事项】 用洋地黄,不宜与碱性溶液配伍。

第二节 抗心律失常药

奎尼丁 Quinidine

【制剂规格】 片剂:0.2g。

【作用与用途】 延长心肌不应期,降低自律性、传导性和心肌收缩力,减少异位节律点冲动的形成。用于阵发性心动过速、心房颤动和早搏及电复律前的准备和复律后的维持。

【用法】 口服。第1d,0.2g/次,1次/2h,连续5次。如无效,第2d增至0.3g/次。每日总量不超过2.0g,如仍未转复应更换其他方法。如

恢复正常心律，用同样剂量维持治疗，3～4 次/d。

慢心律(美西律)　Mexitil

【制剂规格】　片剂：50mg，100mg；针剂：100mg。

【作用与用途】　本品具有抗心律失常、抗惊厥及局部麻醉作用。对心肌抑制作用较小。主要用于急慢性心律失常，尤其适用于冠状动脉硬化性心脏病、心肌梗死所致。

【用法】

1．口服：50～200mg/次，3 次/d。以后酌情减量维持。

2．静注：0.1g，加入 5% 葡萄糖液 20ml 中，缓慢静注。如无效，可在 5～10min 再给 50～100mg/次。然后以 1.5～2mg/min 速度静滴，3～4h 后滴速减至 0.75～1mg/min，并维持 24～48h。

【注意事项】　有胃肠道反应、低血压、心动过缓、头痛、眩晕等不良反应。

利多卡因(赛罗卡因)　Lidocaine

【制剂规格】　针剂：0.1g(5ml)，0.2g(10ml)。

【作用与用途】　主要作用于心室，能降低自律性。作用时间短暂，无蓄积性，可反复使用。不抑制心肌收缩力。主要用于室性心动过速及频发室性早搏。本品尚有局麻作用。

【用法】　静注。1～2mg/kg 体重，稀释后于 1min 内注完。继以 0.1% 溶液滴注，每小时不超过 100mg。

【注意事项】　一般反应有恶心、呕吐等。严重肝肾功能不全和心力衰竭者慎用，房室及室内传导阻滞者禁用。

异搏定(戊脉安，维拉帕米)　Isoptin

【制剂规格】　片剂：40mg；针剂：5mg(2ml)。

【作用与用途】　钙通道阻断剂，抑制心肌及房室传导，减慢心率，扩张冠状动脉。用于各种室上性快速心律失常及心绞痛。

【用法】

1．静注：5～10mg/次，在 1～2min 内注完。必要时，30min 后可重复

使用。

2. 口服:40～80mg/次,3 次/d。

【注意事项】 ①束支传导阻滞、完全性房室传导阻滞伴慢心室率、心源性休克、心力衰竭等禁用;② 支气管哮喘慎用。

胺碘酮(乙胺碘呋酮) Amiodarone

【制剂规格】 片剂:0.1g,0.2g。

【作用与用途】 用于室上性、室性快速心律失常和早搏、室壁瘤伴顽固性心动过速、阵发性房扑和房颤、预激综合征等。

【用法】 口服。0.2g/次,3 次/d,饭后服。3d 后改维持量:0.2g/次,1～2 次/d;或 0.1g/次,3 次/d。

【注意事项】 可见胃肠道反应、角膜色素沉着、窦性心动过缓,偶见过敏反应。房室传导障碍及心动过缓者、甲状腺功能障碍及对碘过敏者禁用。

心律平(普罗帕酮) Propafenoni

【制剂规格】 片剂:50mg,150mg;针剂:35mg(10ml)。

【作用与用途】 直接作用于细胞膜,适用于室上性心律失常、室性心律失常和阵发性心动过速。

【用法】

1. 口服:0.15g/次,2～4 次/d,饭后服。维持量为 0.15g/次,早晚各 1 次。

2. 静注:70mg/8h;或静注后继以静滴:20～40mg/h。

【注意事项】 ①严重心力衰竭、心源性休克、严重心动过缓、传导阻滞、病窦综合征、明显电解质紊乱、严重阻塞性肺部疾患、明显低血压者禁用;②心肌严重损害者慎用。

普鲁卡因胺 Procainamidum

【制剂规格】 片剂:0.25g;针剂:0.1g。

【作用与用途】 本品能抑制心脏异位节律点的自律性,减慢传导,但对心肌收缩力的抑制作用较轻。适用于阵发性心动过速、频发室性早搏、

心房颤动和扑动。

【用法】

1. 口服：0.25～0.5g/次，1～2 次/d。

2. 静滴：0.5～1.0g/次，溶于 5% 葡萄糖液 100ml 内，1h 内滴完。

【注意事项】 有胃肠道反应，静滴可使血压下降，发生虚脱。肝肾功能减退者慎用，完全性房室传导阻滞者禁用。

心得安（普萘洛尔） Inderal

【制剂规格】 片剂：10mg；针剂：5mg。

【作用与用途】 β 受体阻滞剂。用于房性及室性早搏、窦性及室上性心动过速、心房颤动以及心绞痛、高血压等。

【用法】 口服。10～30mg/d，分 3 次服。紧急情况下（严重心律失常）可静注，1～2mg/次。如无效可在 2min 后，在严密观察下重复注射。

【注意事项】 ①充血性心力衰竭、阻塞性支气管疾病、周围动脉炎、重度房室传导阻塞滞、心源性休克、低血压者忌用；②心动过缓慎用。

第三节 抗心绞痛及血管扩张药

硝酸甘油 Nitroglycerin

【制剂规格】 片剂：0.5mg。

【作用与用途】 扩张冠状动脉及外周血管，减少回心血量，减轻心脏负荷，减少心肌耗氧量，促进侧枝循环形成，用于防止心绞痛。

【用法】 舌下含服。发作时含服 1 片，2～5min 即发挥作用。作用维持 30min。

【注意事项】 ①不可吞服；②青光眼患者忌用；③初次用药可先含半片，以避免或减轻副作用；④长期服用可产生耐受性。

硝酸异山梨醇酯（消心痛） Isosorbide Dinitrate

【制剂规格】 片剂：5mg。

【作用与用途】 作用与硝酸甘油相似,但较弱,持续作用稍久。

【用法】

1. 预防作用:口服,5～10mg/次,2～3 次/d。

2. 缓解症状:舌下含服,2.5～5mg/次。

【注意事项】 同硝酸甘油。

普尼拉明(心可定) Prenylamine

【制剂规格】 片剂:15mg

【作用与用途】 钙通道阻滞剂。且有抑制磷酸二酯酶和抗交感神经作用。用于防止心绞痛,对早搏和室性心动过速亦有效。

【用法】 口服。15～30mg/次,3 次/d。

【注意事项】 肝功能异常、心力衰竭、高度房室传导阻滞者忌用。

烟酸肌醇酯 Inositol Nicotinate

【制剂规格】 片剂:0.2g。

【作用与用途】 能扩张病变部位和受寒冷刺激敏感部位的血管,溶解血栓,抗凝,抗脂肪肝,降低毛细血管脆性。用于高脂血症、冠心病、各种末梢血管障碍性疾病的辅助治疗。

【用法】 口服。0.2～0.6g/次,3 次/d。连服 1～3 个月。

【注意事项】 有时出现恶心、出汗、瘙痒感。胃酸缺乏者,同服稀盐酸可减少不良反应。

硝苯吡啶(心痛定) Nifedipine

【制剂规格】 片剂:10mg。

【作用与用途】 钙通道阻滞剂。用于冠状血管供血不足,对变异型心绞痛的冠状动脉痉挛特别有效,对原发性高血压也有一定降压作用。

【用法】 口服。5～10mg/次,3 次/d。急用时可舌下含服。

【注意事项】 ①本品有头晕、头胀、轻度直立性低血压等副作用;②有明显心力衰竭患者,在没有同时使用洋地黄的情况下不应给予本品。

脑益嗪(桂利嗪) Cinnarizine

【制剂规格】 片剂:25mg。

【作用与用途】 扩张血管平滑肌,改善脑循环及冠状循环。用于脑血栓形成、脑栓塞、脑动脉硬化、脑出血恢复期、蛛网膜下腔出血恢复期、脑外伤后遗症、内耳眩晕症、冠状动脉硬化、末梢循环不良等症。

【用法】 口服。25～50mg/次,3次/d,饭后服。

环扁桃酯(抗栓丸) Cyclandelate

【制剂规格】 胶囊剂:0.1g。

【作用与用途】 直接松弛血管平滑肌,对脑、肾及冠状动脉等血管有选择性的持续扩张作用,作用较罂粟碱弱而持久。用于脑血管意外及后遗症、脑动脉硬化症、脑外伤后遗症、肢端动脉痉挛症、手足发绀、闭塞性动脉内膜炎、内耳眩晕症。

【用法】 口服。0.1～0.2g/次,4～5次/d。

【注意事项】 青光眼、出血或伴有出血倾向者慎用。

地尔硫䓬(硫氮䓬酮,恬尔心) Diltiazem

【制剂规格】 片剂:30mg。

【作用与用途】 钙通道阻滞剂,能增加冠状动脉血流、降低心肌耗氧量、扩张侧枝血管、减慢心率。用于各种类型的室上性快速心律失常和冠状动脉供血不足。

【用法】 口服。30～60mg/次,3次/d。

【注意事项】 ①服药后有头痛、头晕、定向障碍、心动过缓等不良反应;②Ⅱ度以上房室阻滞、窦房阻滞及孕妇禁用;③服药时不能嚼碎。

氟桂嗪(西比灵) Flunarizine

【制剂规格】 胶囊剂:6mg。

【作用与用途】 血管扩张药。用于治疗脑动脉缺血性疾病、脑动脉硬化、脑血栓形成、脑栓塞和脑血管痉挛、偏头痛、眩晕等。

【用法】 成人每晚2粒,首次加倍。

【注意事项】 急性脑出血性疾病忌用。

尼莫地平 Nimoldipine

【制剂规格】 片剂:20mg,30mg。

【作用与用途】 本品为钙拮抗剂,用于缺血性脑血管病、偏头痛、蛛网膜下腔出血引起的脑血管痉挛、突发性耳聋、轻中度高血压。

【用法】 口服。40～80mg/d,分2～3次服。

第四节 抗高血压药

利血平(蛇根碱) Reserpine

【制剂规格】 片剂:0.25mg;针剂:1mg(1ml)。

【作用与用途】 本品有降血压和安定作用,作用缓慢、温和、持久。适用于轻、中度早期高血压。

【用法】

1. 口服:降压:0.25～0.5mg/d,1次顿服或3次分服,若长期应用,须酌减剂量;做安定:0.5～5mg/d。

2. 肌注或静注:0.5～1mg/次,2次/d。

【注意事项】 ①增加剂量并不能增加疗效,如用药久不见效,宜与其他降压药(如氯塞嗪类、肼酞嗪等)合用;②胃及十二指肠溃疡患者禁用;③老年人及孕妇慎用。

复方降压片 Compound Reserpine Tablets

【制剂规格】 片剂:内含利血平0.032mg、氯化钾30mg、氢氯噻嗪3.1mg、维生素$B_1$1mg、安定1mg、异丙嗪2.1mg、双肼肽嗪4.2mg、泛酸钙1mg、三硅酸镁30mg、维生素$B_6$1mg。

【作用与用途】 有持久的降压作用和轻度镇静作用。用于治疗早期及中期高血压症。

【用法】 口服。1～2片/次,3次/d。

【注意事项】 胃及十二指肠溃疡患者忌用。

哌唑嗪 Prazosin

【制剂规格】 片剂：1mg。

【作用与用途】 选择性突触后 α_1 受体阻滞剂。用于轻、中度高血压，以及中、重度慢性充血性心力衰竭和心肌梗死后心力衰竭。

【用法】 口服。1～2mg/次，3次/d。

【注意事项】 ①可能发生首剂反应综合征，首次剂量不宜超过1mg；②过敏者忌用；③严重心脏病、精神病以及收缩压小于13.3kPa(100mmHg)时慎用。

倍他乐克(美多心安，美托洛尔) Betaloc(Metoprolol)

【制剂规格】 片剂：50mg，100mg。

【作用与用途】 β受体阻断剂。用于治疗各型高血压及心绞痛。收缩支气管的作用不明显，可用于伴有支气管哮喘的患者。

【用法】 口服。治疗高血压：0.1g/d，早晨顿服或早晚2次分服，效果不满意可合用其他降压药物；治疗心绞痛：50mg/次，2次/d。每日总量不超过0.3g。

【注意事项】 ①忌用于Ⅱ度、Ⅲ度房室传导阻滞，失代偿性心功能不全，心源性休克，显著的心动过缓者；②支气管哮喘患者应同时用 β_2 兴奋剂；③孕、产妇女禁用；④治疗胰岛素依赖性糖尿病患者时慎用。

氢氯塞嗪(双氢克尿塞) Hydrochlorothiazide

见利尿脱水药。

硝普钠 Sodium Nitroprusside

【制剂规格】 粉针剂：50mg。

【作用与用途】 血管扩张剂，能使血压显著下降，作用迅速，停药后2～15min仍起作用。用于治疗高血压危象及心力衰竭。

【用法】 静滴。20～500μg/min，血压开始下降时，滴速即应减慢，每日总量不超过0.15g。

【注意事项】 ①使用时须严密监测血压、心率；②应在配制后 12h 内滴完。滴注瓶须用黑纸遮光；③用于心力衰竭时，开始剂量宜小，后逐渐增量。

卡托普利(巯甲丙脯酸，开搏通) Captopril (Capoten)

【制剂规格】 片剂：12.5mg，25mg。

【作用与用途】 血管紧张素转换酶抑制剂。用于治疗各种类型的高血压及顽固性慢性心力衰竭。

【用法】 口服。开始时宜小剂量，可渐增至 50mg/次，3 次/d，每日总量不超过 0.3g，饭前 1h 服用。

【注意事项】 ①过敏体质者忌用；②肾功能减退、哺乳期妇女及使用保钾利尿药者慎用。

硝苯吡啶(心痛定)

见抗心绞痛药。

普萘洛尔(心得安)

见抗心律失常药。

第五节 降血脂药

烟酸肌醇酯

见抗心绞痛及扩血管药。

非诺贝特(普鲁脂芬) Fenofibraet

【制剂规格】 片剂：0.1g。

【作用与用途】 安妥明类降血脂药。作用较安妥明强，耐受性好。用于高胆固醇血症、高甘油三酯血症及混合型高血脂症，也适应于高血脂兼有糖尿病、高血压或其他心血管患者。

【用法】 口服。0.1g/次,3 次/d。

【注意事项】 ①孕妇禁用;②严重尿路结石、肝、肾功能减退者慎用。

安妥明(氯苯丁酯) Clofibratum

【制剂规格】 胶丸:0.125g,0.25g。

【作用与用途】 本品能抑制胆固醇和甘油三酯的合成,增加固醇类的排泄,降低脂蛋白及胆固醇含量。用于Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ型高脂蛋白症。

【用法】 口服。0.25～0.5g/次,3 次/d。

【注意事项】 偶有胃肠道反应、头痛、眩晕、皮疹、血清转氨酶暂时升高和粒细胞减少等。孕妇、肝肾功能不全者忌用。

吉非罗齐(诺衡) Gemfibrozili

【制剂规格】 胶囊:0.3g。

【作用与用途】 能降低总胆固醇、总甘油三酯、VLDL 胆固醇、LDL 胆固醇的含量,用于血胆固醇过高、血甘油三酯过高、混合血酯过高、糖尿病引起的血脂过高、血脂过高引起的黄瘤等,降低冠心病的发病率。

【用法】 口服。0.6g/次,2 次/d,早晚饭前服用。

【注意事项】 ①肝肾功能不全者禁用。②孕妇慎用;③使用抗凝剂者应减少抗凝剂用量,并定期做出、凝血时间测定。

第十三章　抗休克的血管活性药

肾上腺素(副肾素)　Adrenalin

【制剂规格】 注射剂:1mg(1ml)。

【作用与用途】 对α和β受体都有激动作用,用于过敏性休克、心脏骤停、支气管哮喘等。

【用法】

1. 过敏性休克:0.5～1mg,皮注或肌注;或0.1～0.5mg,缓慢静注;或4～8mg溶于5%葡萄糖液500～1 000ml中静滴。

2. 心脏骤停:0.25～0.5mg,心内注射;支气管哮喘:0.25～0.5mg,皮注。

【注意事项】 常见心悸、头痛、紧张等不良反应。过量可致高血压、心律失常等。动脉硬化、高血压、心绞痛、糖尿病、甲亢、洋地黄中毒及严重心脏扩大者忌用。

去甲肾上腺素(正肾素)　Levarterenol(Aramine)

【制剂规格】 注射剂:2mg(1ml)

【作用与用途】 主要兴奋α受体,收缩血管,升高血压。用于外周循环衰竭时低血压的急救。

【用法】 静滴。速度根据血压调节,常规剂量每分钟0.1μg/kg体重,血压回升后减速。

【注意事项】 ①高血压、动脉硬化、无尿患者忌用;②静滴时如浓度过大、时间过长或药液漏出血管外,均可使局部血管强烈收缩、组织缺血,引起坏死。

异丙肾上腺素(喘息定)　Isoprenaline

【制剂规格】　片剂：10mg；针剂：1mg(2ml)；气雾剂：20mg/瓶。

【作用与用途】　β受体兴奋剂，能松弛支气管平滑肌和兴奋心脏，扩张小血管。用于控制哮喘发作、抗休克、急救、心脏传导阻滞等。

【用法】

1．抗休克：在初步扩充血容量后应用，以0.2～0.4mg加入200ml葡萄糖液中，根据心率调整滴速静滴。

2．心跳骤停：心脏内注射0.5～1.0mg。

3．控制哮喘发作：舌下含服：10mg/次，3次/d；喷雾吸入：1～2下/次，2～3次/d。

【注意事项】　心绞痛、心肌梗死、甲状腺功能亢进者禁用。

间羟胺(阿拉明)　Metaraminol

【制剂规格】　注射剂：10mg(1ml)。

【作用与用途】　直接激动α受体，升压效果较去甲肾上腺素稍弱，但作用较持久，有中等程度的加强心脏收缩作用，还可增加脑及冠状动脉的血流量。用于各种休克及手术时低血压。

【用法】

1．肌注：视病情而定，一般每次10～20mg，30min～2h 1次。

2．静滴：15～100mg加入生理盐水或5%～10%葡萄糖注射液250～500ml中滴注，速度视血压上升情况而定。

【注意事项】　①与环丙烷、氟烷共用易引起心律失常。②甲亢、高血压、充血性心衰、糖尿病患者慎用；③有蓄积作用，不能贸然增量；④连用可引起快速耐受性。

多巴胺(3－羟酪胺)　Dopamine

【制剂规格】　注射剂：20mg(2ml)。

【作用与用途】　小剂量和中等剂量时有β受体激动作用，大剂量时以α受体激动作用为主，轻度收缩周围血管，升高动脉压，扩张内脏血管，对心率无显著影响。用于各种类型休克，特别是伴有肾功能不全、心排出

量低、周围血管阻力增高而已补足血容量的患者。

【用法】 静滴。20mg 加入 5% 葡萄糖液 250ml 中滴注，剂量范围为 50～500μg/min，依血压情况而定。

【注意事项】 ①大剂量可使呼吸加速、心律失常；②使用前应补充血容量及纠正酸中毒；③静滴时应观察血压、心率、尿量。

多巴酚丁胺 Dobutamine

【制剂规格】 针剂：20mg(2ml)。

【作用与用途】 选择性心脏 β_1 受体激动剂，能增强心肌收缩力，增加每搏输出量，控制心率，节省心肌耗氧量。用于各种原因引起的心排出量低和心率慢的心衰者。

【用法】 静滴。每分钟 2.5～10μg/kg 体重。视病情调节剂量。

【注意事项】 肥厚性梗阻型心肌病患者禁用，对房颤伴有室率增快患者，需先用洋地黄。

酚妥拉明(利及丁，瑞吉亭) Phentolamine

【制剂规格】 注射剂：10mg(1ml)。

【作用与用途】 α 受体阻滞剂，有血管舒张作用，用于血管痉挛性疾病、感染性休克以及嗜铬细胞瘤的诊断试验。

【用法】 肌肉或静脉注射。5～10mg/次，20～30min 后可重复给药。

【注意事项】 低血压、严重动脉硬化、心脏器质性损害、肾功能减退者忌用。

第十四章　呼吸系统药物

第一节　镇咳祛痰药

可待因　Codeine

【制剂规格】　片剂：15mg，30mg。

【作用与用途】　中枢性镇咳药。用于无痰干咳及剧烈、频繁的咳嗽。

【用法】　口服。15～30mg/次，3 次/d。极量为 0.1g/次，0.25g/d。

【注意事项】　① 1 次剂量超过 60mg 时，可出现兴奋或烦躁不安；②痰液较多时慎用；③久用也可成瘾。

咳必清(维静宁)　Carbetapentane

【制剂规格】　片剂：25mg。

【作用与用途】　非成瘾性中枢镇咳药，镇咳作用比可待因弱，用于上呼吸道感染引起的急性咳嗽。

【用法】　口服。25mg/次，3～4 次/d。

【注意事项】　青光眼、心功能不全并伴有肺部痰血者慎用，痰多者宜与祛痰药合用。

咳快好(苯丙哌啶，科福乐，苯哌丙烷)

【制剂规格】　胶囊剂：20mg。

【作用与用途】　末梢性镇咳药，对中枢也有直接作用。不抑制呼吸，不引起便秘。用于刺激性干咳。

【用法】　口服。1～2 粒/次，3 次/d。应吞服，勿咬碎。

【注意事项】　①孕妇慎用；②咬碎对口腔粘膜有麻醉作用。

美沙芬(右甲吗南) Dextromethorphan

【制剂规格】 片剂:10mg,15mg

【作用与用途】 本品对咳嗽中枢有选择性的抑制作用。

【用法】 口服。15~30mg/次,3~4 次/d。

克咳敏(双氧异丙嗪) Prothanon

【制剂规格】 片剂:5mg。

【作用与用途】 有较强的镇咳作用及抗组织胺等作用,并有一定的平喘、祛痰作用。此外尚可用于过敏哮喘、荨麻疹、皮肤瘙痒症等。

【用法】 口服。5~10mg/次,2~3 次/d。极量为10mg/次,30mg/d。

【注意事项】 常见的副作用为困倦、乏力等。

氯化铵 Ammonium Chloride

【制剂规格】 片剂:0.3g。

【作用与用途】 能刺激胃粘膜、反射性地引起支气管粘液分泌增加。用于干咳、痰不易咯出,也可用于某些碱血症,并有利尿和酸化尿液作用。

【用法】 口服。0.3~0.6g/次,每日数次。

【注意事项】 ①可引起恶心、呕吐及胃痛;②片剂需用水溶解后再服;③严重肝、肾功能减退、溃疡病、代谢性酸血症者忌用。

必嗽平(溴己胺,溴己新) Bisolvon

【制剂规格】 片剂:8mg;注射剂:4mg(2ml)。

【作用与用途】 粘痰溶解性祛痰剂,使痰液粘度下降,易于咯出。用于各种支气管炎、肺气肿、矽肺、支气管扩张等有白色粘痰又不易咯出的患者。

【用法】

1. 口服:8~16mg/次,2~3 次/d。

2. 肌注或静注:4mg/次,2~3 次/d。

【注意事项】 ①胃溃疡患者慎用;②可使血清转氨酶短暂升高。

第二节　平喘药

氨茶碱　Aminophylline

【制剂规格】　片剂：0.1g；注射剂：0.25g(10ml)。

【作用与用途】　松弛支气管平滑肌，扩张冠脉和胆管，增加肾小球滤过率。与其他药合用治疗支气管哮喘、心源性水肿、心源性哮喘、胆绞痛。

【用法】

1. 口服：0.1～0.2g/次，3 次/d。

2. 静注：0.25g/次，以 25%～50% 葡萄糖液 20～40ml 稀释后缓慢注射。

3. 静滴：0.5g/次，以 5% 葡萄糖液 500ml 稀释后静滴。

【注意事项】　①心肌梗死急性期、低血压、冠状动脉硬化者忌用；②严重心脏病及肝脏病、高血压、急性心肌损害、甲亢、肾功能低下、胃溃疡者慎用；③儿童慎用。

麻黄碱　Ephedrine

【制剂规格】　片剂：25mg；注射剂：30mg(1ml)。

【作用与用途】　拟肾上腺素药。能松弛平滑肌，收缩血管，兴奋中枢。用于支气管哮喘，腰麻时维持血压。

【用法】

1. 口服：25mg/次，3 次/d。

2. 皮下和肌肉注射：15～30mg/次，3 次/d。

【注意事项】　高血压、糖尿病、冠心病、甲亢等患者忌用；如继用肾上腺素，需减量。

异丙肾上腺素

见抗休克的血管活性药。

沙丁胺醇(舒喘灵,喘乐宁) Salbutamol

【制剂规格】 片剂:2mg;气雾剂:14g,每克含主药2mg。

【作用与用途】 主要兴奋β_2受体,对β_1受体影响较小。作用强度与异丙肾上腺素相似,但较持久,且对心脏的兴奋作用仅为同剂量异丙肾上腺素的1/7。用于支气管哮喘、喘息性支气管炎、支气管痉挛。

【用法】

1. 口服:2~4mg/次,3~4次/d。

2. 喷雾吸入:0.1~0.2mg/次(即喷1~2下),必要时每4h 1次。

【注意事项】 ①长期使用可产生耐药性;②心血管功能不全、高血压、甲亢者,3个月之内孕妇慎用。

博利康尼(间羟舒喘宁,特布他林) Bircanyl

【制剂规格】 片剂:2.5mg。

【作用与用途】 本品为选择性较高的β_2受体兴奋剂,对心脏的副作用仅为异丙肾上腺素的1/100。用于支气管哮喘、支气管炎和肺气肿。

【用法】 口服。2.5mg/次,2~3次/d,饭后服。必要时加至5mg/次。

【注意事项】 ①甲亢、心律失常者慎用;②终止妊娠时停用;③用于糖尿病患者需调整胰岛素用量。

色甘酸钠(色甘酸二钠,咽泰) Disodium Cromoglicate

【制剂规格】 胶囊剂:40mg。

【作用与用途】 过敏介质阻释剂。用于过敏性哮喘、过敏性鼻炎、季节性枯草热。

【用法】 用吸入器吸入。20mg/次,3~4次/d。

【注意事项】 ①用药后,原用支气管扩张剂及皮质激素应在1周后或症状明显改善后再开始减量;②获明显疗效后,可以2~3次/d为维持量;③须在逐步减量后再停药。

核酪注射液

【制剂规格】 注射剂:2ml。

【作用与用途】 增强肌体免疫力。用于慢性支气管炎及支气管哮喘。

【用法】 肌注或皮注。2～4ml/次,2 次/周,3 周后改为 1 次/周。也可用于穴位注射。

第十五章　消化系统药物

第一节　制酸药和抗消化性溃疡药

氢氧化铝凝胶　Aluminum Hydroxide

【制剂规格】　混悬剂：含量以氧化铝计为4%。

【作用与用途】　用于胃溃疡、胃酸过多等。

【用法】　口服。4～8ml/次，3～5次/d。

【注意事项】　不宜长期大量使用，便秘者慎用。

胃舒平(复方氢氧化铝)

【制剂规格】　片剂：每片含氢氧化铝0.245g、三硅酸镁0.105g，颠茄流浸膏0.002 6ml。

【作用与用途】　抗酸、吸附、保护溃疡面。用于治疗消化性溃疡。

【用法】　口服。2～4片/次，3～4次/d，嚼碎后服下。

【注意事项】　胃出血患者慎用。

三硅酸镁(三硒酸镁)

【制剂规格】　片剂：0.3g。

【作用与用途】　本品具有缓慢、持久、较弱的中和胃酸作用。用于胃、十二指肠溃疡。

【用法】　口服。0.5～1g/次，2～3次/d。

【注意事项】　大剂量可致腹泻。不宜与四环素类抗生素合用，以免影响后者吸收。

乐胃片(乐得胃) Roter Tablets

【制剂规格】 片剂:每片含次硝酸铋 0.3g、碳酸镁 0.4g、碳酸氢钠 0.2g、弗朗鼠李皮 25mg。

【作用与用途】 胃及十二指肠溃疡、胃炎、胃酸过多及神经性消化不良。

【用法】 口服。2 片/次,3 次/d,连服 2～3 个月,改为 1 片/次。

【注意事项】 服用后大便呈黑色乃正常现象。

硫糖铝 Sucralfate

【制剂规格】 片剂:0.25g。

【作用与用途】 用于胃及十二指肠溃疡。

【用法】 口服。1g/次,3 次/d,饭后 2～3h 咬碎服下。

丙谷胺(二丙谷酰胺) Proglumide

【制剂规格】 片剂:0.2g。

【作用与用途】 用于胃及十二指肠溃疡和胃炎。

【用法】 口服。0.4g/次,3 次/d,饭前 15min 服。

西米替丁(甲氰咪胍) Cimetidine

【制剂规格】 片剂:0.2g;注射剂:0.2g/2ml。

【作用与用途】 H_2 受体拮抗剂。用于胃及十二指肠溃疡、上消化道出血等。

【用法】

1. 口服:1g/d,每餐后 0.2g,睡前服 0.4g。

2. 静注:每 4～6h 缓慢注射 0.2g,2g/d。每日量不超过 2g。

【注意事项】 ①停药后复发率高;②具有酶抑作用,与多种药物有相互作用。

雷尼替丁(甲硝呋胍) Ranitidine

【制剂规格】 片剂:0.15g。

【作用与用途】 H_2 受体拮抗剂，作用比西米替丁强 5～8 倍，不抑制细胞色素 P—450。用于十二指肠溃疡、良性胃溃疡、术后溃疡、反流性食道炎。

【用法】 口服。0.15g/次，2 次/d，早晚饭时服；维持量为 0.15g/d。睡前顿服。

【注意事项】 ①肾功能不全者、孕妇慎用；②儿童禁用。

法莫替丁 Famotidini

【制剂规格】 片剂：20mg。

【作用与用途】 本品为组织胺 H_2 受体阻滞药。对胃酸分泌有明显的抑制作用，也可抑制胃蛋白酶的分泌。用于胃及十二指肠溃疡、应激性溃疡，急性胃粘膜出血，胃泌素瘤以及反流性食管炎等。服药后 1h 起效，作用可持续 12h 以上。

【用法】 口服。20mg/次，早晚各 1 次，4～6 周为 1 疗程。维持量减半。肾功能不全者应调整剂量。

【注意事项】 对本品过敏者，严重肾功能不全及孕妇、哺乳期妇女禁用。

洛赛克 Losec

【制剂规格】 胶囊剂：20mg。

【作用与用途】 通过高选择性的作用机制抑制胃酸分泌。主要用于胃及十二指肠溃疡、反流性食管炎、卓－艾综合征。

【用法】 口服。20mg/次，晨服。

【注意事项】 本品副作用较轻，较少。

第二节 解痉药

阿托品 Atropine

【制剂规格】 片剂：0.3mg；针剂：0.5mg/1ml，10mg/2ml。

【作用与用途】 为阻断M受体的抗胆碱药。用于感染中毒性休克。锑剂引起的阿－斯综合征、有机磷农药中毒、内脏绞痛、麻醉前给药。

【用法】

1. 抢救感染中毒性休克：静注：1～2mg/次，15～30min 1次，2～3次后如情况不见好转可酌情增量，待好转后即减量。

2. 治疗锑剂引起的阿－斯综合征：静注，1～2mg（用葡萄糖液稀释至10～20ml）。

3. 治疗有机磷中毒：轻度中毒：皮注，0.5～1mg/次，0.5～2h/次；中度中毒，皮注，1～2mg/次，15～60min/次；重度中毒，即刻静注，2～5mg，1～2mg/15～30min，视病情决定增减剂量。如与解磷定合用，剂量减半。

4. 治内脏绞痛：皮注，0.5mg；口服，0.3～0.5mg。

5. 麻醉前给药：皮注，0.5mg。

6. 治角膜炎、虹膜睫状体炎及散瞳检查与验光，口服，0.3～0.5mg。

【注意事项】 青光眼及前列腺肥大者禁用。

山莨菪碱（654－2） Anisodamine

【制剂规格】 片剂：5mg；针剂：10mg/1ml。

【作用与用途】 本品作用与阿托品相似。外周抗胆碱作用明显。用于抗休克及解除内脏平滑肌绞痛。

【用法】

1. 口服：5～10mg/次，15～30mg/d。

2. 肌注或静注：5～10mg/次，1～2次/d。

【注意事项】 副作用同阿托品。

东莨菪碱 Scopolamine

【制剂规格】 片剂：0.2mg；针剂：0.3mg。

【作用与用途】 本品作用与阿托品基本相似。中枢抗胆碱作用较强。用于麻醉前给药、全身麻醉，以及治疗震颤性麻痹、防止晕动病等。

【用法】

1. 口服：0.3～0.6mg/次，0.6～1.2mg/d。极量为2mg/d。

2. 皮注：0.3～0.5mg/次。极量为1.5mg/d。

【注意事项】 同阿托品。

普鲁本辛(溴化丙胺太林) Propantheline Bromide

【制剂规格】 片剂:15mg。

【作用与用途】 抗胆碱药,有解除平滑肌痉挛及减少腺体分泌作用。用于胃及十二指肠溃疡、胃炎、胆汁排泄障碍,胰腺炎等。

【用法】 口服。15～30mg/次,3～4次/d,饭前服。

【注意事项】 ①手术前忌用;②青光眼、心脏病患者慎用。

复方颠茄 Compouna Belladonna

【制剂规格】 片剂:每片含颠茄流浸膏10mg、苯巴比妥15mg。

【作用与用途】 药效较弱。用于胃及十二指肠溃疡、胃肠绞痛等。

【用法】 口服。1～2片/次,3次/d。

【注意事项】 同阿托品、苯巴比妥。

吗丁啉(多潘立酮) Domperidone

【制剂规格】 片剂:10mg。

【作用与用途】 本品为外周多巴胺受体阻滞剂,直接作用于胃肠壁,可增加食道下部括约肌张力,防止胃－食道反应,增强胃蠕动,促进胃排空,协调胃与十二指肠运动,抑制恶心、呕吐,并能有效地防止胆汁反流,不影响胃酸分泌。用于由胃排空延缓、胃食道反流、食道炎引起的消化不良。功能性、器质性、感染性、饮食性、放射性治疗或化疗所引起的恶心、呕吐等。

【用法】 口服。10mg/次,3～4次/d,必要时剂量加倍或遵医嘱,饭前服。

【注意事项】 ①抗胆碱药可能会对抗本品作用,二者不宜合用;②1岁以下儿童由于其血脑屏障发育不完善,不宜使用。

第三节　催吐与止吐药

阿朴吗啡(去水吗啡)　Apomorphine

【制剂规格】 注射剂:5mg(1ml)。

【作用与用途】 刺激催吐化学敏感区而引起呕吐。用于中毒而不能施行洗胃的患者。

【用法】 皮下注射。2～5mg/次。极量为5mg/次。

【注意事项】 不宜用于麻醉药中毒的催吐。

甲氧氯普胺(胃复安,灭吐灵)　Metoclopramide

【制剂规格】 片剂:5mg,10mg;注射剂:10mg(1ml)。

【作用与用途】 胃肠运动促进剂,能阻断多巴胺受体,抑制催吐器敏感区。用于恶心、呕吐、嗳气、胃部胀满、胃酸过多等。

【用法】

1. 口服:5～10mg/次,3次/d,饭前服。

2. 肌注:10～20mg/次。

【注意事项】 ①有锥体外系反应,直立性低血压等不良反应;②孕妇忌用。

维生素 B_6(吡多辛)　Vitamin B_6

【制剂规格】 片剂:10mg;注射剂:50mg(1ml)。

【作用与用途】 用于妊娠期呕吐或某些抗癌药和放射治疗引起的恶心、呕吐。

【用法】

1. 注射(皮下、肌肉、静脉):50～100mg/次,1次/d。

2. 口服:10～20mg/次,3次/d。

第四节　泻药与止泻药

硫酸镁(泻盐)　Magnesium　Sulfate

【制剂规格】　粉剂。

【作用与用途】　容积性泻剂和利胆剂。用于导泻和十二指肠引流。

【用法】　口服。50%浓度,40～50ml/次,空腹用。

酚酞　Prulet

【制剂规格】　片剂:0.1g。

【作用与用途】　大肠刺激性泻药。用于习惯性顽固便秘。

【用法】　口服。0.05～0.2g 睡前服,经 8～10h 排便。

液状石蜡(石蜡油)　Paraffin　Liquid

【作用与用途】　润滑性泻药。用于便秘。

【用法】　口服。15～30ml/次,睡前服。

【注意事项】　①影响消化与吸收,避免长期服用;②不宜用于婴幼儿。

开塞露

【制剂规格】　灌肠剂:20ml/支,内含硫酸镁 2g 及 45%～50% 山梨醇溶液适量,亦有处方是仅含 50% 甘油。

【作用与用途】　便秘。

【用法】　将药液自肛门注入直肠内。

次碳酸铋(碱式碳酸铋)　Bismuth　Subcarbonate

【制剂规格】　片剂:0.3g。

【作用与用途】　收敛、止泻、保护胃肠粘膜。

【用法】　口服。0.3～0.9g/次,3 次/d,饭前服。

复方地芬诺酯(复方苯乙哌啶)

Compound Diphenoxylate

【制剂规格】 片剂:每片含地芬诺酯 2.5mg,硫酸阿托品0.025mg。

【作用与用途】 增加肠纵肌的张力,抑制肠环行肌和纵肌的推进性收缩,减缓肠蠕动。用于急性或慢性功能性腹泻的对症治疗。

【用法】 口服。1~2 片/次,3 次/d。

【注意事项】 ①腹泻控制时,即应减量;②肝病及正在服用成瘾性药物者慎用。

易蒙停(哌丁胺)

【制剂规格】 胶囊剂:2mg。

【作用与用途】 具有抑制肠蠕动,减少水、电解质丧失,抑制大便失禁和便急的作用。用于各种病因引起的急慢性腹泻。

【用法】 口服。起始剂量:2 粒/次,儿童减半;维持剂量:每次腹泻后 1 粒,每日总量不超过 8 粒。

【注意事项】 偶见口干。对肠梗阻、便秘、急性溃疡性结肠炎、肝功能障碍、广谱抗生素引起的伪膜性肠炎等及 1 岁以下儿童禁用。孕妇慎用。

第五节 助消化药及消气药

乳酶生(表飞鸣) Lactasin

【制剂规格】 片剂:0.3g。

【作用与用途】 分解醣类成乳酸,增高肠内酸度。用于消化不良、肠发酵、饮食不当引起的腹泻。

【用法】 口服。0.3~1.0g/次,3 次/d,饭前服。

多酶片 D.P.P

【制剂规格】 每片含胃蛋白酶 0.04g,淀粉酶 0.12g,胰酶 0.12g。

【作用与用途】 消化不良。

【用法】 口服。1~2片/次,3次/d。

胃蛋白酶(胃液素) Pepsinum

【制剂规格】 合剂:每100ml含胃蛋白酶3g、稀盐酸3ml、橙皮酊3ml,糖浆10ml。

【作用与用途】 促进蛋白质分解,对蛋白质起初步消化作用,主要用于慢性萎缩性胃炎、胃癌等所致胃蛋白酶缺乏症及病后消化功能减退。

【用法】 口服。10ml/次,3次/d,饭前用。

【注意事项】 不宜与碱性药物合用。

干酵母 Sacharomyces Siccum

【制剂规格】 片剂:0.3g。

【作用与用途】 本品为酵母菌的干燥菌体,含有B族维生素及多种消化酶。用于食欲不振、消化不良及B族维生素缺乏症的辅助治疗。

【用法】 口服。0.5~4g/次,3次/d,嚼碎服。

维酶素

【制剂规格】 片剂:0.2g。

【作用与用途】 用于治疗萎缩性胃炎、浅表性胃炎、食管炎、食管上皮增生症,并可预防由此而引起的癌变。

【用法】 口服。4片/次,3次/d。

消胀片(二甲基硅油片) Dimethicon

【制剂规格】 每片含二甲基硅油25mg,氢氧化铝40mg。

【作用与用途】 能消除胃肠道中的气体,用于各种原因引起的胃肠道胀气。

【用法】 口服。4片/次,3次/d。

【注意事项】 对非气性胃肠道膨胀无效。

第六节　肝、胆用药

肌苷(次黄嘌呤核苷)　Inosini

【制剂规格】　片剂:0.2g;针剂:0.1g,0.2g。

【作用与用途】　本品能改善细胞代谢,并参与人体能量代谢与蛋白质合成。用于肝炎、肝硬化、心肌炎、冠状动脉功能不全及白细胞减少症等。

【用法】

1. 口服:0.2～0.4g/次,3 次/d。

2. 静滴或静注:0.2～0.6g/次,1～2 次/d。

【注意事项】　不宜与氯霉素、潘生丁合用。

精氨酸　Arginine

【制剂规格】　注射剂:5g。

【作用与用途】　本品能降低血氨,用于血氨增高引起的肝昏迷。

【用法】　静滴。15～20g/次,加入 10% 葡萄糖液 100ml 中缓慢滴注。

【注意事项】　速度过快可引起流涎、呕吐、面部潮红等。肾功能损害者忌用。

肝泰乐(葡醛内酯)　Glucurolactone

【制剂规格】　片剂:50mg,100mg;注射剂:0.1g(2ml)。

【作用与用途】　有保肝解毒作用。用于急慢性肝炎、肝硬化、食物中毒、药物中毒。

【用法】

1. 口服:0.1～0.2g/次,3 次/d。

2. 肌注或静注:0.1～0.2g/次,1～2 次/d。

益肝灵(水飞蓟素) Silymarin

【制剂规格】 片剂:38.5mg。

【作用与用途】 对各种肝脏中毒均有保护作用。用于慢性、迁延性及急性肝炎。

【用法】 口服,2片/次,3次/d。3个月为1疗程。

阿卡明 Orazamide

【制剂规格】 片剂:0.1g。

【作用与用途】 参与机体核酸代谢,防止肝细胞坏死,促进再生,阻止肝纤维化的发展。用于急性肝炎,肝硬化。

【用法】 口服。0.2g/次,3次/d。

联苯双酯 Biphenyldicarboxylate

【制剂规格】 片剂:25mg。

【作用与用途】 降SGPT速度快,对肝区痛、乏力、腹胀等肝炎主要症状的改善亦有疗效。用于迁延性肝炎及长期单项SGPT异常者。

【用法】 口服。25mg/次,3次/d。

【注意事项】 远期疗效较差,病程长、肝功能异常时间较长者易于反跳。

肝炎灵 Ganyanling

【制剂规格】 注射剂:35mg(2ml)。

【作用与用途】 降低SGPT,提高机体免疫力。用于慢性、活动性肝炎。

【用法】 肌注。2ml/次,1~2次/d,2~3个月为1疗程。

支链氨基酸(肝安)

【制剂规格】 注射剂:250ml。

【作用与用途】 本品能增加血清支链氨基酸浓度,维持氮平衡,促进肝细胞再生与修复。用于肝性脑病、重症肝炎、肝硬化、慢性活动性肝炎

等。

【用法】 静滴。250～500ml/d。

【注意事项】 滴注过快可引起胃肠道反应。

马洛替酯 Malotilati

【制剂规格】 片剂:100mg。

【作用与用途】 本品能促进肝细胞蛋白质的合成,减轻肝细胞的坏死和改善肝细胞的功能。用于慢性肝炎、肝硬化代偿期和晚期血吸虫病等慢性肝病有低白蛋白血症者。

【用法】 口服。600mg/d,分3次服。

【注意事项】 ①小儿、孕妇和哺乳期妇女不宜用本品;②用药期间如血清转氨酶升高时应停药观察;③对本品过敏者忌用。

猪苓多糖注射液 Zhuling Polysaccharide Injection

【制剂规格】 注射剂:2ml。

【作用与用途】 具有一定的抗肿瘤作用。能改善症状,提高机体免疫功能。与化疗药物合用,可增强疗效和降低副作用,对慢性肝炎亦有一定疗效。

【用法】 肌注。2～4ml/d,小儿酌减。

【注意事项】 本品不可供静脉注射。

胆酸钠 Sodium Cholate

【制剂规格】 片剂:0.1g。

【作用与用途】 促进胆汁吸收,帮助脂肪乳化与吸收。用于慢性胆囊炎、肠道消化不良、胆汁缺乏症。

【用法】 口服。0.1～0.4g/次,3次/d。

【注意事项】 忌用于胆道完全阻塞,以及严重肝、肾功能不全。

去氢胆酸 Dehydrocholic Acid

【制剂规格】 片剂:0.25g。

【作用与用途】 胆汁分泌性利胆剂,能增加肝脏血流量,增加胆汁分

泌，使胆汁变稀，增加排出总量，消除胆汁淤滞，预防胆道感染。适用于胆石症、慢性胆囊炎、间质性肝炎等。

【用法】 口服。0.25～0.5g/次，3次/d。

【注意事项】 同胆酸钠。

利胆酚（柳氨酚） Oxophenamide

【制剂规格】 片剂：0.25g。

【作用与用途】 作用与去氢胆酸相似。用于胆囊炎、胆道炎、胆石症及胆囊手术后综合征。

【用法】 口服。0.25～0.5g/次，3次/d。

【注意事项】 偶见胃部不适、皮疹等。

第十六章　利尿药和脱水药

呋喃苯胺酸(速尿)　Furosemide

【制剂规格】　片剂:20mg;注射剂:20mg/2ml。

【作用与用途】　排钾利尿药,能抑制髓袢升支的髓质及皮质部钠离子与氯离子的再吸收,促进钠、氯、钾的排出和影响肾髓质高渗压的形成。用于治疗心源性水肿、肾性水肿、肝硬化腹水等。

【用法】

1. 口服:40mg/次,3 次/d。

2. 肌注或静注:20～120mg/次,1～2 次/d。

【注意事项】　①不宜常规使用;②不宜与其他药物混合注射;③严重肝肾功能不全、糖尿病、痛风及小儿慎用;④不宜与氨基甙类抗生素合用。

氢氯噻嗪(双氢克尿塞)　Hydrochlorothiazide

【制剂规格】　片剂:25mg。

【作用与用途】　抑制肾小管对钠、氯离子的再吸收,促进氯、钠的排泄而产生利尿作用。用于多种类型的水肿和降血压。

【用法】

1. 水肿:25～100mg/d,分 2 次服,间日或每周 2 次,恢复体重后减量。

2. 心源性水肿:开始时 12.5～25mg/d,注意调整洋地黄剂量。

3. 肝硬化:宜与螺旋内酯合用。

4. 降血压:多与其他药物合用,25～37.5mg/次,早晚各 1 次,服 1 周后减为 25～50mg/d 的维持量。

【注意事项】　长期应用时宜适当补钾。用于降血压者停药时应逐渐

减量。肾功能减退、痛风、糖尿病者慎用。

螺旋内酯(安体舒通) Spironolactone

【制剂规格】 片剂:20mg。

【作用与用途】 醛固酮拮抗剂,干扰醛固酮对远曲小管中钠的重吸收的促进作用,排钠、排氯、留钾。作用弱,慢而持久。用于治疗醛固酮升高有关的顽固性水肿、肝硬化及肾病综合征。

【用法】 口服。40～120mg/d,分3～4次服用。

【注意事项】 肾功能衰竭及血钾偏高者忌用。

氨苯喋啶 Triamterene

【制剂规格】 片剂:50mg。

【作用与用途】 作用于远曲小管上皮细胞,留钾、排钠、排氯。用于心力衰竭、肝硬化及慢性肾炎等引起的顽固性水肿或腹水,以及对氢氯噻嗪或螺旋内酯无效的病例。

【用法】 口服。50～100mg/次,3次/d,饭后服。

【注意事项】 ①服药后可出现淡蓝色荧光尿;②孕妇及育龄妇女慎用;③严重肝、肾功能减退、高钾血症者均忌用。

乙酰唑胺(醋氨酰胺) Acetazolamide

【制剂规格】 片剂:0.25g。

【作用与用途】 本品具有碳酸酐酶抑制作用。从而产生利尿作用。特点为作用较弱,易产生耐受性,现已少用,但多用于青光眼。

【用法】 口服。利尿:成人0.25g/次,0.25～0.5g/d;小儿每日5mg/kg体重。青光眼:成人0.25g/次,2～4次/d,小儿每日8～30mg/kg体重,分次服。

【注意事项】 常见嗜睡、食欲下降、四肢和面部麻木等不良反应。久用可致低血钾、代谢性酸中毒等。

甘露醇 Mannitolum

【制剂规格】 注射剂:50g(20%250ml)。

【作用与用途】 有脱水、利尿作用。用于脑水肿、青光眼及预防急性肾功能衰竭。

【用法】 静滴。①治疗脑水肿及青光眼：每次 2g/kg 体重，1h 内滴完；②预防急性肾功能衰竭：首次剂量给 100ml，3～5min 滴完。如出现渗透压性利尿，可每日给予 100～200g。如在 2h 内无渗透压性利尿作用出现，应改用其他疗法。

【注意事项】 ①进行性肾功能衰竭、肺水肿、活动性脑出血及孕妇禁用；②严重心功能或肾功能不全者慎用；③输注过快可致一时性头痛、眩晕和视力模糊；④不适用于全身性水肿的治疗。

山梨醇注射液 Sorbitol

【制剂规格】 注射剂：25%（100ml，250ml）。

【作用与用途】 本品与甘露醇相似，疗效不及甘露醇，但较便宜。

【用法】 静滴。每次 1～2g/kg 体重。

高渗葡萄糖

【制剂规格】 见血液系统药物。

【作用与用途】 本品 25%～50% 浓度静脉给药有脱水和利尿作用，疗效较弱，持续时间短，常与甘露醇或山梨醇合用治疗脑水肿或青光眼。

【用法】 静注。5～50g/次，10～100g/d。

第十七章　血液系统药物

第一节　抗贫血药

硫酸亚铁　Ferrour　Sulfate

【制剂规格】　片剂：0.3g。

【作用与用途】　吸收较容易。用于缺铁性贫血。

【用法】　口服。0.3～0.6g/次，3次/d，饭后服。

【注意事项】　①服时忌茶；②服后可出现黑便。

枸橼酸铁铵　Ferric　Ammonium　Citrate

【制剂规格】　溶液剂：每100ml含枸橼酸铁铵10g。

【作用与用途】　用于缺铁性贫血，无刺激性。

【用法】　口服。10ml/次，3次/d。

【注意事项】　①遇光易变质；②服后应漱口或以玻璃管吸服，以保护牙齿；③腹泻患者慎用。

维生素B_{12}（氰钴胺）　Vitamin　B_{12}

【制剂规格】　注射剂：100μg(1ml)，250μg(1ml)，500μg(1ml)。

【作用与用途】　对幼红细胞的成熟有一定作用。主要用于各种巨幼红细胞性贫血，此外也用于神经系统疾病、肝炎、血红细胞减少症等。

【用法】　肌注。25～200μg/次，1次/d或隔日1次。

【注意事项】　可引起过敏反应、过敏性休克。

叶酸(维生素 M)　Folic　Acid

【制剂规格】　片剂:5mg。

【作用与用途】　参与氨基酸及核酸的合成,与维生素 B_{12} 共同促进红细胞的生成与成熟。用于各种巨幼红细胞性贫血及脂痢。

【用法】　口服,5～10mg/次,3 次/d,20～30d 为 1 疗程。

第二节　抗凝、抗栓和止血药

肝素钠　Heparin　Sodium

【制剂规格】　注射剂:1.25 万 u(2ml)。

【作用与用途】　在体内外均能延长凝血时间。用于输血或防治血栓形成或栓塞。

【用法】

1. 深部肌注:1 万～1.25 万 u/次,8～12h1 次。

2. 静滴:0.5 万 u 加入 5%～10% 葡萄糖液或生理盐水 100ml 中滴注,20～30 滴/min。

【注意事项】　①用药过多可致自发出血;②注射后引起严重出血者,可静注硫酸鱼精蛋白对抗;③禁用于出血性患者或伴有凝血迟缓的各种患者;④孕妇及产后妇女慎用。

枸橼酸钠　Sodium　Citrate

【制剂规格】　粉针剂:0.25g,0.4g。

【作用与用途】　与血中钙离子生成不能解离的枸橼酸钙,抑制凝血。用于输血时防止血凝。

【用法】　用生理盐水配成 2.5% 溶液,每 100ml 血液中加入 10ml。

链激酶(溶栓酶)　Streptokinase

【制剂规格】　针剂:10 万 u,20 万 u,30 万 u。

【作用与用途】 本品能加速血液中纤溶酶原转变为纤溶酶，而引起血栓的溶解。主要用于急性血栓栓塞性疾病。对于血栓形成过久，已机化的血栓疗效差。

【用法】 静滴。首次剂量为 50 万 u，溶于 100ml 生理盐水或葡萄糖液中，30min 滴完。维持量为 60 万 u，溶于 250～500ml 葡萄糖液中，加地塞米松 1.25～2.5mg，缓慢滴入，4 次/d。

【注意事项】 可引起过敏反应。过量引起出血。严重出血时可用止血芳酸对抗之。出血性疾病、消化道溃疡、严重高血压者等忌用。

尿激酶 Urokinase

【制剂规格】 粉针剂：1 万 u。

【作用与用途】 本品为高效血栓溶解剂，能直接激活纤溶酶原变为纤溶酶，而使血栓溶解。用于脑血栓形成、脑栓塞、周围动静脉血栓症、肺血栓、心肌梗死等。

【用法】

1．静注：开始 3 万～4 万 u/d，分 2 次用，以后 1 万～2 万 u/d，维持 7～10d。

2．静滴：1 万～2 万 u/d，加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静滴，连用 5～7d。以后每日肌注 5 000u 维持。

【注意事项】 有发热、出血、胃肠道反应等副作用。严重肝功障碍、低纤维蛋白血症及出血性素质者忌用。使用中出现出血倾向应即停药，并给以抗纤维蛋白溶解酶药。

蝮蛇抗栓酶 Ahylysantinfarctase

【制剂规格】 粉针剂：含精氨酸酯酶活力 0.25u。

【作用与用途】 本品对血液粘度、血浆纤维蛋白素、血脂均有明显降低作用，尤其对血小板数量、粘附与聚集功能有显著抑制作用。用于脑血栓、血栓闭塞性脉管炎、深部静脉炎、大动脉炎、雷诺现象、弥漫性血管内凝血等周围血管病及断肢再植中抗凝。

【用法】 静滴。0.25～0.75u/次，1 次/d，用 5% 葡萄糖液或生理盐水稀释后缓慢滴注。

【注意事项】 脑出血或有出血倾向者，以及活动性肺结核、溃疡病、严重高血压、肝肾功能不全者禁用。妇女月经期慎用。有过敏或出血倾向时停药，或用抗蝮蛇血清中和。

维生素K　Vitamin　K

【制剂规格】 维生素 K_1 针剂：10mg；维生素 K_3 针剂：4mg；维生素 K_4 片剂：4mg。

【作用与用途】 本品是肝脏合成凝血酶原时所需酶的辅酶，并能促进凝血因子的合成，缺乏时可导致出血现象。主要用于维生素K缺乏或吸收障碍等引起的出血，如阻塞性黄疸、胆瘘、新生儿出血以及长期口服广谱抗菌药物所继发的维生素K缺乏症。

【用法】

1. 维生素 K_1：肌注或静注，10mg/次，10～20mg/d；新生儿1mg/次。

2. 维生素 K_3：肌注，4mg/次，1～3次/d；小儿1～2mg/次。

3. 维生素 K_4：口服，4mg/次，2～3次/d。

【注意事项】 口服有胃肠道反应。静注过快可出现面部潮红、出汗、胸闷、血压下降等，维生素 K_3 可引起溶血性贫血、高胆红素血症及肝损害。肝功能不良者忌用维生素 K_3，可改用维生素 K_1。

止血敏(酚磺乙胺)　Dicynone

【制剂规格】 注射剂：250mg，500mg。

【作用与用途】 能增加血小板数量，增强血小板聚集和粘合力，促进凝血过程，缩短凝血时间。用于各种出血、血小板减少性紫癜及手术前预防。

【用法】 肌注或静注。0.25～0.5g/次，0.5～1.5g/d。

【注意事项】 静注偶见过敏反应。

6－氨基已酸　6－Aminocaproic　Acid

【制剂规格】 针剂：1g，2g。

【作用与用途】 本品能抑制纤溶酶原的激活酶，使纤溶酶原不能被激活转变为纤溶酶，从而抑制纤维蛋白的溶解而止血。用于消化道出血、

产后出血、外科手术出血等。

【用法】 静滴。首剂 4～6g，以 5% 葡萄糖液或生理盐水 100ml 稀释，15～30min 滴完，维持量为 1g/h。

【注意事项】 不良反应较多，有头晕、呕吐、腹痛、血压下降、鼻塞、皮疹等。有血栓形成倾向或曾有栓塞性血管病者禁用或慎用。

止血芳酸(氨甲苯酸) PAMBA

【制剂规格】 注射剂：0.1g。

【作用与用途】 止血机理与氨基己酸同。作用强而持久，排泄慢，毒性较低。用于纤维蛋白溶解亢进引起的各种出血。

【用法】 缓慢静注或与葡萄糖液生理盐水混合后缓慢静滴0.1～0.2g/次，每日最大剂量为 0.6g。

【注意事项】 对癌出血、创口大量出血和动脉出血者效较差。

安络血(安特诺新，肾上腺色腙) Adrenobazonum

【制剂规格】 片剂：2.5mg，5mg；注射剂：5mg，10mg。

【作用与用途】 本品能增强毛细血管对损伤的抵抗力，减少毛细血管通透性，促进毛细血管断端的收缩而止血。主要用于毛细血管通透性增加所致出血，如紫癜等。

【用法】

1．口服：2.5～5mg/次，2～3 次/d。

2．肌注：10mg/次。

【注意事项】 长期应用可见水杨酸样反应。有癫痫、精神病史者慎用。

垂体后叶素 Posterior Pituitary

【制剂规格】 注射剂：5u，10u。

【作用与用途】 本品含催产素和加压素，用于产后出血、产后复旧不全、肺出血、食道及胃底静脉曲张破裂出血、尿崩症等。

【用法】 皮注、肌注或静滴。5～10u/次。极量为 10u/次。

【注意事项】 高血压、冠心病、妊娠高血压综合征、肺源性心脏病等

禁用。

明胶海绵

【制剂规格】 海绵剂：2cm×2cm，2cm×6cm，10cm×11cm。

【作用与用途】 止血、凝血，能被人体组织吸收。用于各种手术止血。

【用法】 无菌条件下浸湿挤干，按压局部，使血液凝固止血。

第三节 促进白细胞增生药

鲨肝醇 Batilol

【制剂规格】 片剂：25mg，50mg。

【作用与用途】 本品有促白细胞增生及抗放射作用。用于各种原因引起的粒细胞减少。

【用法】 口服。25～50mg/次，3 次/d。

【注意事项】 用药期间应经常检查白细胞。

利血生 Leucogen

【制剂规格】 片剂：10mg。

【作用与用途】 本品能增强造血功能。用于防治各种原因引起的白细胞减少、再生障碍性贫血等。

【用法】 口服。20mg/次，3 次/d。

维生素 B_4（腺嘌呤） Vitamin B_4

【制剂规格】 片剂：10mg。

【作用与用途】 本品可刺激白细胞增生。用于防治各种原因引起的白细胞减少症。

【用法】 口服。10～20mg/次，3 次/d。

茜草双酯

【制剂规格】 片剂：0.1g。

【作用与用途】 本品能升高白细胞。用于各种原因引起的白细胞减少症，安全范围大，对化疗所致的白细胞减少效果尤佳。

【用法】 口服。0.25～0.5g/次，3次/d。

第四节 血浆代用品

右旋糖酐70(中分子右旋糖酐) Dextran 70

【制剂规格】 注射剂：6%500ml(含葡萄糖5%)。

【作用与用途】 本品能提高血浆胶体渗透压，增加血浆容积，维持血压。供出血及外伤休克急救用。

【用法】 静滴。500ml/次，20～40ml/min。

【注意事项】 ①可有发热、寒战、胸闷、呼吸困难等过敏反应，可先皮注0.1ml，观察15min，输注时应严密观察；②每次用量不可超过1 500ml，以免引起出血倾向和低蛋白血症；③允血性心衰及其他容量过多、有出血倾向者忌用；④肝、肾功能不全者慎用。

右旋糖酐40(低分子右旋糖酐)

【制剂规格】 注射液：6%500ml(含5%葡萄糖)。

【作用与用途】 本品有改善循环，防止弥漫性血管内凝血，使回心血量及心搏出量增加，以及渗透利尿作用。用于急性失血性休克、心绞痛、心肌梗死、脑血栓、周围血管疾病等。

【用法】 静滴。5～15ml/min，血压上升后可酌情减量。

【注意事项】 见右旋糖酐70。

羟乙基淀粉(706代血浆)

【制剂规格】 注射剂：6%500ml。

【作用与用途】 血容量扩充剂。用于各种手术、外伤的失血、中毒性休克等的补液。

【用法】 静滴。500～1 000ml/次。

【注意事项】 剩余液体不宜再用。

第十八章　抗过敏药

苯海拉明(苯那君)　Diphenhydraminum

【制剂规格】　片剂:12.5mg,25mg;针剂:20mg/ml。

【作用与用途】　组胺 H_1 受体阻断剂,能缓解或消除过敏症状,并有镇静、抗晕动和止吐作用。用于皮肤、粘膜变态反应性疾病,如荨麻疹、过敏性鼻炎、皮肤瘙痒、血管神经性水肿等。亦用于预防晕动及妊娠呕吐等。

【用法】

1. 口服:25～50mg/次,3 次/d;儿童每日 2～4mg/kg 体重。

2. 深部肌注或静注:20mg/次,1～2 次/d;儿童每日 2～4mg/kg 体重,分 4 次注射。

【注意事项】　常见头晕、嗜睡、胃肠道反应。新生儿、哺乳期妇女、有窄角性青光眼病史或眼压升高者忌用。服药期间不宜驾车、从事精密操作或高空作业。

扑尔敏(氯苯吡胺)　Chlorphenamine

【制剂规格】　片剂:4mg;针剂:10mg。

【作用与用途】　与苯海拉明相似,但中枢镇静作用较弱,嗜睡副作用少。

【用法】

1. 口服:4mg/次,12mg/d。儿童每日 0.35mg/kg 体重。

2. 肌注、静注或皮注:5～20mg/次。

【注意事项】　与苯海拉明相似。

异丙嗪(非那根) Promethazine

【制剂规格】 片剂:12.5mg,25mg;针剂:25mg,50mg。

【作用与用途】 与苯海拉明相似,但较强而持久,用于各种过敏性疾病。用于放射性损伤和输血出现的过敏反应,亦用于晕动病、麻醉前给药、人工冬眠、镇静安眠及止吐等。

【用法】

1. 口服:12.5～25mg/次,2～3次/d;儿童每日0.5～1mg/kg体重。

2. 肌注或静滴:25～50mg/次。儿童每日0.5～1mg/kg体重。不可皮下或动脉注射。

【注意事项】 不良反应类似苯海拉明。长期大量应用可引起锥体外系症状。肝、肾功能减退、有癫痫病史者慎用。

息斯敏(阿司咪唑) Astemizoli

【制剂规格】 片剂:10mg。

【作用与用途】 为组胺H_1受体拮抗剂,作用强而持久,但无中枢镇静作用及抗胆碱作用,用于过敏性鼻炎、荨麻疹等。

【用法】 口服。10mg/d,儿童酌减。

【注意事项】 长期使用可能会增加体重。孕妇应避免使用。

赛庚啶 Cyproheptadine

【制剂规格】 片剂:2mg。

【作用与用途】 抗组胺作用比扑尔敏、异丙嗪强。用于荨麻疹、湿疹、过敏性鼻炎、皮肤瘙痒、偏头痛及支气管哮喘等。

【用法】 口服。2～4mg/次,3次/d;小儿每日0.25mg/kg体重。分次服。

【注意事项】 青光眼、前列腺肥大者忌用。

氯化钙 Calcii Chloridum

【制剂规格】 针剂:5%,10ml。

【作用与用途】 能降低毛细血管通透性,具有消炎、抗过敏作用。用

于荨麻疹、湿疹、瘙痒症及镁中毒。

【用法】 静注。10～20ml 加等量 25% 葡萄糖稀释后缓慢注入。

【注意事项】 静注过快可引起心律失常，应用强心甙期间或停药 7d 内忌用本品。注射时不可漏出血管外。

葡萄糖酸钙 Calcium Gluconate

【制剂规格】 针剂：10%，10ml。

【作用与用途】 作用与氯化钙相似。

【用法】

1. 口服：0.5～2.0g/次。

2. 静注：1.0～2.0g/次。儿童酌减。

【注意事项】 同氯化钙，但刺激性较小。

维丁胶性钙

【制剂规格】 针剂：1ml 含维生素 D_2 5 万 u、胶性钙 0.5mg。

【作用与用途】 用于过敏性皮肤病、低血钙引起的手足抽搐等。

【用法】 肌注。2ml/d。儿童减半。

第十九章　激素类及内分泌药

第一节　肾上腺皮质激素及其合成品

强的松(泼尼松,去氢可的松)　Prednisone

【制剂规格】　片剂:5mg。

【作用与用途】　具有抗炎、抑制免疫反应、抗毒素、抗休克作用,并能增加红细胞和血小板,减少淋巴细胞和嗜酸细胞,提高中枢兴奋性。临床用于各种急性严重细菌感染,自身免疫性疾病,过敏性疾病,急性淋巴性白血病等。

【用法】　口服。5～10mg/次,10～60mg/d。

【注意事项】　长期大量应用可引起柯兴综合征,出现向心性肥胖、满月脸、高血压、低血钾、多毛、痤疮、糖尿、骨质疏松、精神兴奋、肌肉萎缩、伤口愈合迟缓等。长期应用不可突然停药,应逐渐减量,否则可引起医源性肾上腺皮质功能不全,原病复发或恶化。用药期间应控制钠盐摄入量,并给予钾盐,以防止血钾过低。

地塞米松(氟美松)　Dexamethasone

【制剂规格】　片剂:0.75mg;针剂:2mg,5mg。

【作用与用途】　同强的松,抗炎及抗过敏作用更强,而副作用较轻。

【用法】

1. 口服:0.75mg～3mg/次,3次/d。儿童:1～5岁,0.25～1.0mg/d;6～12岁,0.25～2.0mg/d,分次服。

2. 肌注或静注:2～20mg/次。

【注意事项】　同强的松。

氢化可的松　Hydrocortisone

【制剂规格】 注射剂：醇溶液，25mg/(5ml)，100mg/(20ml)；混悬注射剂：醋酸盐，0.125g/5ml；粉针剂：琥珀酸钠盐 50mg。

【作用与用途】 同强的松，但抗炎作用较弱。用于抢救危重中毒性感染。

【用法】

1. 静滴：用其醇溶液，100mg/次，稀释后用。

2. 肌注或静注：同琥珀酸钠盐，50～100mg/次，临用时以生理盐水稀释成5%溶液。

3. 局部或关节腔内注射：用其醋酸盐 12.5～25mg/次，须与局麻药同用。

【注意事项】 同强的松。

强的松龙(氢化泼尼松)　Predinsolonum

【制剂规格】 针剂：混悬液 125mg。

【作用与用途】 作用与用途及不良反应同强的松。

【用法】 局部封闭，关节腔、滑膜腔内注射。

氟轻松(肤轻松)　Fluocinoloni　Acetonidum

【制剂规格】 软膏剂：0.025%(4g)。

【作用与用途】 本品作用同强的松，外用治疗过敏性皮炎、接触性皮炎、脂溢性皮炎、湿疹等。

【用法】 外用。皮肤局部洗净后涂擦，2～3次/d。

【注意事项】 偶尔见色素沉着、痤疮加重等。

第二节　性激素

甲基睾丸素　Methyltestosterone

【制剂规格】 片剂：5mg。

【作用与用途】 雄激素类药。用于睾丸素缺乏症的补充治疗，也可用于子宫功能性出血、再生障碍性贫血及乳腺癌等。

【用法】 口服或舌下给药。5～10mg/次，10～30mg/d。

【注意事项】 前列腺癌患者禁用。

丙酸睾丸素 Testosterone Propionate

【制剂规格】 注射剂：25mg，50mg。

【作用与用途】 同甲基睾丸素。

【用法】 肌注。25～100mg/次。

【注意事项】 同甲基睾丸素。

己烯雌酚（乙蔗酚，乙烯雌酚） Diethystilbestrol

【制剂规格】 注射剂：2mg；片剂：0.5mg，1mg。

【作用与用途】 雌激素类药。用于闭经、更年期综合征及减少乳汁分泌等，大剂量用于前列腺癌。

【用法】

1. 口服：0.25～1mg/次，0.25～6mg/d。

2. 肌注：0.5～1mg/次，0.5～6mg/d。

【注意事项】 严重肝肾功能不全及孕妇禁用。

黄体酮 Progesterone

【制剂规格】 注射剂：20mg/ml。

【作用与用途】 孕激素类药。用于先兆流产、习惯性流产、月经不调、子宫功能性出血等。

【用法】 肌注。10～20mg/d。

苯丙酸诺龙 Nandroloni Phenylpropionas

【制剂规格】 注射剂：25mg(1ml)。

【作用与用途】 同化激素类药物。促进体内蛋白质合成及骨钙蓄积。用于营养不良、手术后和慢性消耗性疾病的恢复期及骨质疏松症等。

【用法】 肌注。25mg/次，2次/周。

催产素(缩宫素) Pitocin

【制剂规格】 针剂:5u,10u。

【作用与用途】 本品直接兴奋子宫平滑肌,可加强其收缩力及收缩频率,甚至引起强直性收缩,本品用于治疗胎位、产道正常的产妇催产和引产,也用于产后止血。

【用法】

1. 催产引产:静滴,2~5u/次,加于5%葡萄糖液500ml中缓慢滴注。

2. 产后止血:肌注,5~10u/次。

【注意事项】 产前用量过大可引起胎儿窒息,要严格掌握剂量。静滴过快,可见血压下降。产道障碍、胎位不正、前置胎盘、3次妊娠以上及有剖腹产史者禁用。

麦角新碱 Ergometrineum

【制剂规格】 针剂:0.2mg,0.5mg。

【作用与用途】 选择性的兴奋子宫平滑肌,作用强大而持久,剂量稍大即引起强直性收缩,对子宫体及子宫颈的作用无明显差异。仅适用于产后止血及子宫复旧。

【用法】 肌注或静注。0.2~0.5mg/次。极量为0.5mg/次,1mg/d。

【注意事项】 不良反应有恶心、呕吐、头晕、血压下降、呼吸困难等,偶见过敏反应。禁用于心肌病,肝病,妊娠高血压综合征。禁止在胎儿娩出前使用。产后胎盘未娩出者慎用。

第三节 甲状腺素及抗甲状腺素

甲状腺素 Thyroid

【制剂规格】 片剂:40mg。

【作用与用途】 促进新陈代谢,维持正常生长发育,提高机体感受性。用于克汀病、粘液水肿及甲状腺功能低下症。

【用法】 口服。克汀病：1岁以内8～15mg/d；1～2岁20～45mg/d；2岁以上30～120mg/d，分3次服。粘液水肿：开始不超过15～30mg/d，以后渐增至90～180mg/d。病情稳定后改为维持量60～120mg/d。

甲基硫氧嘧啶 Methylthiouracil

【制剂规格】 片剂：50mg，100mg。

【作用与用途】 抑制甲状腺素合成。用于甲亢及手术前的准备。

【用法】 口服。0.05～0.1g/次，0.15～0.3g/d。

【注意事项】 可引起粒细胞减少，应定期检查血象。孕妇慎用，哺乳期妇女禁用。

丙基硫氧嘧啶 Propylthiouracil

【制剂规格】 片剂：50mg，100mg。

【作用与用途】 抑制甲状腺素合成。用于甲亢的内科治疗，甲状腺危象及甲亢的术前准备等。

【用法】 口服。甲亢治疗：开始200～600mg/d，分3次服，症状缓解后，改用维持量50～100mg/d，分3次服。甲状腺危象：800～1 000mg/d，疗程不超1周；术前用本品使甲状腺功能控制到接近正常，然后加服碘剂约2周，进行手术。

【注意事项】 服药期间查血象。孕妇慎用，哺乳期妇女禁用。

甲巯基咪唑(他巴唑) Thiamazole

【制剂规格】 片剂：50mg，100mg。

【作用与用途】 抑制甲状腺素合成。作用强而持久，奏效快。用于治疗甲亢，也可用于儿童、青少年、孕妇、年老体弱伴心、肝、肾及出血性疾病等不宜手术的甲亢患者；或为放射性碘治疗时的辅助治疗及甲亢的术前准备用药。

【用法】 口服。开始30～60mg/d，分3次服。维持量为10mg/d，分3次服。

【注意事项】 服用本品前不宜用碘剂，其他同丙基硫氧嘧啶。

碘化钾合剂　Potassium　Iodide　Mixture

【制剂规格】 每 100ml 内含碘化钾 10g。

【作用与用途】 用于防治地方性甲状腺肿，促进眼玻璃体浑浊的吸收及祛痰。

【用法】 口服。2～10ml/次，3 次/d。

【注意事项】 对碘过敏者禁用。

第四节　降血糖药

胰岛素　Insulin

【制剂规格】 注射剂：400u(10ml)。

【作用与用途】 能促进肝糖原和肌糖原的合成和贮存、抑制糖原异生、促进葡萄糖转变为脂肪，抑制脂肪和蛋白质分解，从而降低血糖，用于治疗糖尿病及糖尿病昏迷、营养不良、顽固性妊娠呕吐、早期肝硬化等。

【用法】

1. 皮注或静注：一般以尿糖 2～4g 需注射 1u/次，3～4 次/d；中度糖尿病需 5～40u/d，于饭前 30min 皮注。

2. 静注：糖尿病性昏迷患者，100u/次，与葡萄糖同时静注。

【注意事项】 少数患者对本品可产生耐药性。低血糖、急性肝炎、肝硬化、溶血性黄胆、胰腺炎和肾炎等患者忌用。

降糖灵(苯乙双胍)　Phenforminum

【制剂规格】 片剂：25mg。

【作用与用途】 能促进组织无氧酵解，使肌肉等组织利用葡萄糖的作用加强，抑制糖原异生，而使血糖降低。主要用于轻、中型糖尿病。

【用法】 口服。开始 25mg/次，3 次/d，以后逐渐增至 50～150mg/d。

【注意事项】 少数患者出现乳酸性酸血症，严重者可导致死亡。肝肾功能不全者及孕妇禁用。

甲苯磺丁脲(D－860)　Tolbutamide

【制剂规格】　片剂:0.5g。

【作用与用途】　能促进胰岛素的分泌而降低血糖。其疗效较胰岛素持久,且不易产生低血糖或休克。主要用于成年后发病而胰岛功能尚未丧失的轻中型糖尿病。

【用法】　口服。0.5～1g/次,1～2次/d。

【注意事项】　偶尔见口干、头痛、黄疸、粒细胞减少及过敏反应等。肝肾功能不全,对磺胺过敏者,白细胞减少者及孕妇禁用。

氯磺丙脲　Chlorpropamide

【制剂规格】　片剂:0.1g,0.25g。

【作用与用途】　作用与甲苯磺丁脲相同,但较强而持久,并有抗利尿作用。用于轻、中度非胰岛素依赖性糖尿病。

【用法】　口服。0.2g/次,1次/d。

【注意事项】　肝肾功能不全、白细胞减少、对磺胺过敏糖尿病并发酸中毒、急性感染者及孕妇禁用。

优降糖　Glyburide

【制剂规格】　片剂:2.5mg。

【作用与用途】　同甲苯磺丁脲。但起效快、作用强。

【用法】　口服。开始每日早饭后2.5mg,后渐增至10～15mg/d,出现效果后渐减量至2.5～5mg/d。

格列齐特(甲磺吡脲,达美康)　Gliclazidi

【制剂规格】　片剂:80mg。

【作用与用途】　改善碳水化合物的新陈代谢,使过高血糖稳定地恢复正常水平;降低血小板的粘性与集结,防止毛细血管内纤维素异常积聚,降低毛细血管对肾上腺素的过度敏感。用于各种成年型糖尿病、老年糖尿病及伴有肥胖症者或伴有血管组织病变者。

【用法】　口服。1片/次,开始2次/d,老年患者1次/d,连服3周,然

后根据血糖水平调整用药次数。

【注意事项】 ①严重酮中毒、酸中毒、糖尿病性前驱昏迷及昏迷、妊娠、严重肝肾功能不全禁用；②原来服用双胍类或其他磺脲类降糖药者服用本药前应停用原药 1d。

第二十章　维生素类药物

维生素 A　Retinal

【制剂规格】 胶囊剂：2.5 万 u。

【作用与用途】 防治夜盲症、干眼病和角膜软化症及皮肤粗糙等维生素 A 缺乏症。

【用法】 口服。治疗量：2.5 万 u/次，3 次/d。预防量为2 000～4 000u/d。

【注意事项】 大剂量长期使用，可致慢性中毒。

维生素 B_1（盐酸硫胺）　Thiamine

【制剂规格】 片剂：10mg；针剂：0.1g(2ml)。

【作用与用途】 用于维持正常糖代谢及心脏、神经、消化系统的正常功能，也用于防治缺乏维生素 B_1 所致的脚气病、神经炎等。

【用法】

1. 口服：20mg/次，3 次/d。

2. 肌注：100mg/次，1 次/d。

维生素 B_2（核黄素）　Riboflavin

【制剂规格】 片剂：5mg。

【作用与用途】 防止口角炎、舌炎、阴囊炎、结膜炎、脂溢性皮炎等维生素 B_2 缺乏症。

【用法】 口服。10mg/次，3 次/d。

【注意事项】 宜饭后或进食时服用。

维生素 B_6(吡多辛) Pyridoxine

【制剂规格】 片剂:10mg;针剂:50mg(1ml),50mg(2ml)。

【作用与用途】 参与氨基酸与脂肪代谢。用于维生素 B_6 缺乏症或防治异烟肼等药物引起的周围神经炎及脂溢性皮炎等。

【用法】

1. 口服:20mg/次,3 次/d。

2. 肌注或静注:50mg～100mg/次,1 次/d。

维生素 B_{12} Vitamin B_{12}

见抗贫血药。

呋喃硫胺 Fursultiamine

【制剂规格】 片剂:25mg;注射剂:20mg(2ml)。

【作用与用途】 与维生素 B_1 相似,但疗效较持久,毒性较低。

【用法】

1. 口服:50mg/次,3 次/d。

2. 肌注:20～40mg/d,1 次/d。

复合维生素 B Complex Vitamin B

【制剂规格】 片剂:每片含 B_1 3mg、B_2 1.5mg、B_6 0.2mg、烟酰胺 10mg。

【作用与用途】 用于 B 族维生素缺乏症。

【用法】 口服。2 片/次,3 次/d。

维生素 C(抗坏血酸) Ascorbic Acid

【制剂规格】 片剂:0.1g;针剂:0.5g。

【作用与用途】 参与体内多种代谢过程,减轻毛细血管脆性,增加机体抵抗力。用于防治坏血病,也可用于各种急慢性传染病及紫癜等的辅助治疗。

【用法】

1. 口服:0.1～0.2g/次,3 次/d。

2. 肌注或静注:0.25～0.5g/d

【注意事项】 先天性缺乏葡萄糖 6 磷酸脱氢酶的患者,使用时可致溶血性贫血。

维生素 E(生育酚) Tocopherol

【制剂规格】 胶丸剂:50mg,100mg。

【作用与用途】 用于习惯性流产,不育症及进行性肌营养不良症的辅助治疗,尚可用于延缓衰老,以及浸出性或炎症性皮肤病,皮肤角化症等。

【用法】 口服。100mg/次,2～3 次/d。

维生素 D_2(骨化醇) Vitamin D_2

【制剂规格】 注射剂:40 万 u。

【作用与用途】 参与钙、磷的吸收和分布过程,促进骨骼正常钙化,维持血中钙磷平衡。用于维生素 D 缺乏症、佝偻病、骨软化病和手足抽搐症。

【用法】 肌注,40 万 u/次,隔日 1 次,连用 2 次。

【注意事项】 高血钙或对本品过敏者忌用。冠心病、动脉硬化、肾功能不全者慎用。

维生素 D_3(胆骨化醇) Vitamin D_3

本品作用、用途及副作用同维生素 D_2。

泛酸钙 Calcium Pantothenate

【制剂规格】 片剂:10mg。

【作用与用途】 为辅酶 A 的组成部分,参与蛋白质、脂肪、糖的代谢,用于 B 族维生素缺乏症、周围神经炎、手术后肠绞痛等。

【用法】 口服。10～20mg/次,3 次/d。

第二十一章　调节水、电解质、酸碱平衡药及输液

葡萄糖　Glucose

【制剂规格】　粉剂：500g；注射剂：10g（50%，20ml），25g（5%，500ml），50g（10%，500ml）。

【作用与用途】　能增加人体能量，有解毒、利尿作用。用于血糖过低、补充体液等。25%～50%溶液可用于脑水肿、肺水肿及降低眼压。

【用法】　静注或静滴，5%～10%注射液静滴，25%～50%注射液静注。

氯化钠注射液（生理盐水）　Sodium　Chloride

【制剂规格】　0.9%500ml。

【作用与用途】　电解质补充药。用于防止低钠综合征。

【用法】　静滴。用量视病情而定。

【注意事项】　①肺水肿患者禁用；②心力衰竭、高血压、肾炎、肝硬化腹水、颅内压高者慎用。

复方氯化钠（林格注射液）
Compound　Sodium　Chloride

【制剂规格】　含氯化钠0.85%、氯化钾0.03%、氯化钙0.033%。

【作用与用途】　电解质补充药。用于各种疾病引起的脱水症，并能促进肾脏排泄中毒药物。

【用法】　静滴。用量视病情而定。

葡萄糖氯化钠注射液

Glucose and Sodium Chloride Injection

【制剂规格】 含葡萄糖5%、氯化钠0.9%。

【作用与用途】 调节体内水、电解质平衡。

【用法】 静滴。用量视病情而定。

氯化钾 Potassium Cholride

【制剂规格】 片剂:0.25g;针剂1g(10%,10ml)。

【作用与用途】 用于补钾和低血钾的治疗。

【用法】

1. 口服:1～1.5g/次,3次/d。

2. 静滴:酌情定用量,最大量为2g/h,临用时,用5%葡萄糖液稀释至0.3%以下。

【注意事项】 ①未经稀释不得静滴;②静滴速度太快可抑制心肌,使心脏停搏,一旦出现高血钾心电图改变,应即停药;③本品严禁静注。

碳酸氢钠(小苏打) Sodium Bicarbonate

【制剂规格】 片剂:0.5g;注射剂:12.5g(5%,250ml)。

【作用与用途】 用于制酸、纠正代谢性酸中毒、碱化尿液等。

【用法】

1. 制酸或碱化尿液:口服,0.5～1g/次,3次/d。

2. 纠正酸中毒:5%注射液,静滴。用量视情况而定。

【注意事项】 充血性心力衰竭、急慢性肾功能衰竭、低血钾和伴有CO_2潴留者慎用。

复方氨基酸注射液(11种,14种,17种)

【作用与用途】 为人体蛋白合成提供各种可利用的氨基酸,防止氮丢失,纠正负氮平衡,减少蛋白质消耗。用于因各种原因引起的蛋白质消耗增加或蛋白质摄取不足的患者,以及低蛋白血症。

【用法】 静滴。250～500ml/d,严重消耗性疾病可增至1 000ml。

【注意事项】 ①尿毒症、肝昏迷和氨基酸代谢障碍者忌用；②严重酸中毒和充血性心力衰竭者慎用；③出现过敏性皮疹立即停药。

低分子右旋糖酐

见血液系统药。

脂肪乳注射液 Intralipid Injection

【制剂规格】 含精馏油 10%、精馏卵磷脂 1.2%、甘油 2.25%，每 500ml 的能量为 550J。

【作用与用途】 用于烧伤、长期昏迷、肾功能损害、恶病质、氮平衡失调、手术前后营养失调及营养障碍的患者。

【用法】 静滴。每日 3g/kg 体重。

【注意事项】 ①严重肝损伤、急性休克等脂肪代谢失调时禁用；②连续使用应查该患者脂肪廓清能力；③不得同其他药物、营养素或电解质溶液混合输注。

第二十二章　抗寄生虫药

第一节　驱肠虫药

吡哌嗪(驱蛔灵)　Piperazine

【制剂规格】　片剂:0.5g。

【作用与用途】　本品为驱肠虫药,是一种安全驱虫药。用于蛔虫和蛲虫病。

【用法】　口服。驱蛔虫:成人3.0～3.5g/d,睡前1次服,连服2d;儿童每日100～150mg/kg体重。驱蛲虫:1.0～1.2g/次(儿童每日50mg/kg体重),2次/d,连服7～10d。

【注意事项】　偶尔有恶心、呕吐、腹部不适。肝、肾疾患与癫痫者禁用。

左旋咪唑(左咪唑)　Levamisole

【制剂规格】　片剂:25mg。

【作用与用途】　本品为广谱驱肠虫药。主要用于蛔虫、钩虫及丝虫病。

【用法】　口服。驱蛔虫:0.1～0.2g/d,饭后1h顿服;驱钩虫:0.1～0.2g/d,饭后1h顿服,连服2～3d。治丝虫病:0.2～0.3g/d,分2～3次饭后服,连服2～3d。

【注意事项】　妊娠早期、肝肾功能异常者慎用,肝炎活动期忌用。

阿苯达唑(肠虫清,丙硫咪唑)　Albendazole

【制剂规格】　片剂:0.2g,0.1g

【作用与用途】 广谱驱虫药。用于驱除蛔虫、蛲虫、钩虫、鞭虫、囊虫等。

【用法】 口服。0.4g/d，10d后重复1次。

【注意事项】 急性病、尿蛋白阳性、化脓性或弥漫性皮炎、癫痫病患者，孕妇，哺乳妇女不宜用。

安乐士(甲苯咪唑) Mebendazolum

【制剂规格】 片剂：100mg。

【作用与用途】 为广谱驱虫药。用于治疗蛲虫、蛔虫、鞭虫、十二指肠钩虫、粪类圆线虫和绦虫单独感染及混合感染。

【用法】

1. 蛲虫病：单剂1片，2周和4周后分别重复用药1次。

2. 蛔、鞭、钩虫病：1片/次，2次/d，连服3d。成人和儿童同用上述量。

3. 绦虫病：成人2片/次，儿童1片/次，均2次/d，连服3d。

【注意事项】 怀孕头3个月不宜使用。

第二节 抗血吸虫病药

吡喹酮 Praziquantel

【制剂规格】 片剂：0.2g。

【作用与用途】 用于各期血吸虫病，包括有夹杂症者。也可用于绦虫病、囊虫病、华支睾吸虫病及肺吸虫病。

【用法】 总剂量60～120mg/kg体重，分2～3d，口服，3次/d。

【注意事项】 有急性病，发热，慢性肝、心、肾功能不全及精神病患者慎用。

第三节　抗血丝虫病药

左旋咪唑

见驱肠虫药。

第四节　抗阿米巴和滴虫药

甲硝唑

见抗结核药。

第五节　抗疟药

氯喹　Chloroquine

【制剂规格】 片剂：0.25g。

【作用与用途】 本品为抗疟药，也可用于肝阿米巴病、华支睾吸虫病、肺吸虫病、结缔组织病及光敏性疾病。

【用法】 口服。治疗疟疾：首剂 1g，8h 后再服 0.5g，第 2、3d 各服 0.5g。治疗阿米巴肝炎或肝脓肿：0.5g/次，2 次/d，服 2d。以后 0.5g/d，连服 2～3 周。治疗结缔组织病：开始剂量 0.25g/次，1～2 次/d，连服 2～3 周。

【注意事项】 有胃肠道反应、皮疹或精神症状发生，偶有白细胞减少。

伯氨喹　Primaquine

【制剂规格】 片剂：13.2mg。

【作用与用途】 本品为抗疟药。用于控制间日疟与三日疟的复发和

恶性疟的传播。

【用法】 口服。26.4～39.6mg/次，1次/d，连服8d，和其他抗疟药配合治疗。

【注意事项】 本品毒性相对较大、少数发生急性溶血性贫血。肝、肾、血液系统疾病患者，糖尿病患者及孕妇慎用。

乙胺嘧啶 Pyrimethaminum

【制剂规格】 片剂：6.25mg。

【作用与用途】 对各型疟原虫的红细胞前期有杀灭作用，故有较好的预防作用。但对红细胞内成熟裂殖体作用差，不能单独用于控制症状。

【用法】

1. 预防：成人口服25mg/次，1次/周；儿童每周0.5mg/kg体重。

2. 抗复发：成人50mg/d，连服2d，加伯氨喹39.6mg，连服8d；儿童酌减。

第二十三章　抗肿瘤药及增强免疫的药物

环磷酰胺(癌得星)　Cyclophosphamide

【制剂规格】　片剂:50mg;粉针:0.2g。

【作用与用途】　本品为烷化剂,常与其他抗癌药同用。用于急性白血病和慢性淋巴细胞白血病、恶性淋巴瘤等。近年作为免疫抑制剂用于流行性出血热、肾炎肾变期等。

【用法】

1. 口服:每日 3mg/kg 体重,分次服用。

2. 静脉给药:可采用 2～3g,2～3 周 1 次,一般 8g 为 1 疗程。

【注意事项】　以脱发、肝功损害、胃肠道反应和骨髓抑制多见。

噻替哌(三胺硫磷)　Thiotepa

【制剂规格】　粉针:10mg。

【作用与用途】　抗肿瘤药。用于卵巢癌、乳腺癌、膀胱癌等各类肿瘤及辅助根治性手术。

【用法】　肌注或静注。每日 0.2mg/kg 体重,连用 5d 改为 3 次/周,也可 20～30mg/次,1～2 周 1 次,总量 200～300mg 为 1 疗程,最大量为 400mg。

【注意事项】　有骨髓抑制、胃肠道反应或皮疹。

氟尿嘧啶(5－氟尿嘧啶,5－Fu)　Fluorouracil

【制剂规格】　注射剂:0.25g/10ml。

【作用与用途】　本品为嘧啶类抗代谢约。用于结肠、直肠、胃、肝癌、

绒毛膜上皮癌、恶性葡萄胎、头颈部鳞癌及皮肤癌等。

【用法】

1. 静注：500～700mg/次，隔日1次。

2. 静滴：15mg/kg体重，滴注2～8h，连用5d，以后剂量减半，隔日1次。

【注意事项】 本品有肠道、神经系统反应，骨髓抑制及脱发等。

喃氟啶(呋氟尿嘧啶，FT－20) Tegafur

【制剂规格】 片剂：0.1g。

【作用与用途】 本品在体内转变为氟尿嘧啶而起作用。作用同氟尿嘧啶。

【用法】 口服。800～1 200mg/d，分4次服用。总量20～40g为1疗程。

【注意事项】 与氟尿嘧啶相似但较轻微。

甲氨喋呤(氨甲叶酸) Methotrexatum

【制剂规格】 片剂：2.5mg，5mg。

【作用与用途】 本品为叶酸拮抗剂，能影响核酸代谢，对各类急性白血病均有明显疗效，对儿童患者更佳。对绒毛膜上皮癌、恶性葡萄胎疗效也较突出。大剂量给药对骨肉瘤、软组织肉瘤、肺癌、乳腺癌及卵巢癌等有效。

【用法】 口服。成人白血病5～20mg/d；儿童每日0.1mg/kg体重，1次服，连用5～7d，停药7～10d，再隔日给药，总量0.1～0.12g。

【注意事项】 有胃肠道反应及骨髓抑制作用。用药期间应严格检查血象。

阿糖胞苷(Ara－C)

【制剂规格】粉针：50mg；滴眼剂：0.1%。

【作用与用途】 抗肿瘤与抗病毒药。用于急性白血病、恶性淋巴瘤、头颈部癌等，也可用于带状疱疹、单纯疱疹性结膜炎。

【用法】

1. 静注：每日 1～3mg/kg 体重，连用 8～15d。

2. 静滴：5～7.5mg/kg 体重，连用 4～5d。

长春新碱(醛基长春碱)　Vincristine

【制剂规格】 粉针剂：1mg。

【作用与用途】 抗肿瘤药。用于各种类型急性白血病、恶性淋巴瘤和绒毛膜上皮癌等。

【用法】 静注。每周 25mg/kg 体重，1 次用。也可由小到大逐渐增量。

【注意事项】 有胃肠道反应、骨髓抑制及神经系统毒性，如药物外漏可引起局部坏死。

博来霉素 A_5(平阳霉素)　Bleomycin

【制剂规格】 粉针剂：10mg。

【作用与用途】 对上头颈部鳞癌、恶性淋巴瘤有显著疗效。也用于乳腺、宫颈、食管、鼻咽等癌症。

【用法】 肌注或静注。10mg/次，隔日 1 次，200～300mg 为 1 疗程。

【注意事项】 可有发热、胃肠道反应。

阿霉素(14－羟正定霉素)　Doxorubicin

【制剂规格】 粉针剂：10mg

【作用与用途】 广谱抗肿瘤药。用于急性白血病、恶性淋巴瘤、乳腺癌、骨肉瘤及软组织肉瘤，也用于其他组织器官癌症。

【用法】 静注。按体表面积计，40～60mg/m^2，每 3 周 1 次；或每日 20～30mg/m^2，连续 3d，间隔 3 周再给最大总量＜550mg/m^2。

【注意事项】 ①有骨髓抑制，表现为白细胞和血小板减少；②脱发及消化道反应。

丝裂霉素 C(自力霉素)　Mitomycine

【制剂规格】 粉针剂：2mg。

【作用与用途】 抗肿瘤作用和抗革兰阴生菌及阳性菌作用。用于消

化道癌、乳腺癌、宫颈癌、绒毛膜上皮癌、肺癌及恶性淋巴瘤。

【用法】 静注。4～6mg/次，1～2次/周，以40～60mg为1疗程；也可16～30mg/次，1次/2～3周；或10mg/次/周。

【注意事项】 有骨髓抑制、胃肠道反应等。

转移因子(TF)

见抗病毒药。

胸腺素

见抗病毒药。

干扰素

见抗病毒药。

第二十四章　解毒药

第一节　重金属中毒解救药

二巯基丙醇　Dimercapvolum

【制剂规格】　针剂：0.1g，0.2g。

【作用与用途】　本品分子中有2个巯基，能与金属或类金属结合成无毒化合物由尿排出，并能夺取已和酶结合的重金属，使酶恢复活性。用于解救金属或类金属中毒，如砷、汞、铋、铬、镍、铜等中毒。由于本品与铁可形成毒性复合物，故禁用于铁的中毒，对铅中毒效果差。

【用法】　肌注。每次2.5～5mg/kg体重，一般最初2d为4次/d，以后2次/d，7～14d为1疗程。

【注意事项】　肝肾功能不良者慎用。

二巯基丙磺酸钠

【制剂规格】　针剂：0.25g。

【作用与用途】　同二巯基丙醇，尤其对汞中毒效果好，不良反应少，但不适用于铅中毒。

【用法】

1. 肌注或静注：急性中毒5mg/kg体重，开始可4次/d，逐渐为1次/d，7日/1疗程。

2. 肌注：慢性中毒每次2.5～5mg/kg体重，1次/d。每周用3d停4d，可用3～4周。

依地酸钙钠　EDTA－Na－Ca

【制剂规格】　针剂：0.2g，1g。

【作用与用途】　本品为重金属络合剂，形成络合物后由尿排出。主要用于铅中毒，也用于钴、铜、铬、镉、锰、锌、钇、铈及钚等放射性元素的解毒。

【用法】　肌注或皮注。0.2－0.5g/次，2次/d。每次溶于2%普鲁卡因液2ml内注射。

【注意事项】　对本品过敏者禁用，有肾病史及结核患者慎用。

第二节　氰化物中毒解救药

硫代硫酸钠（大苏打）　Sodium　Thiosulfate

【制剂规格】　针剂：0.5g，1g；粉针剂：0.64g

【作用与用途】　本品能与氰离子结合变成无毒的硫氰酸盐排出体外而解毒。此外尚有抗过敏及杀疥虫作用。用于氰化物中毒、皮肤瘙痒症、慢性荨麻疹及疥疮等。

【用法】

1. 抢救氰化物中毒：先用亚硝酸钠，亚硝酸异戊酯或亚甲蓝，然后缓慢静注本品12.5－25g。口服氰化物中毒者可用大剂量5%本品洗胃。

2. 抗过敏：静注5%针剂10－20ml/次，1次/d。

3. 治疥疮：先搽40%－60%溶液，再搽1%盐酸液。

【注意事项】　有胃肠道反应及头晕等。静注宜慢。

亚甲蓝（美蓝）　Methylenum　Caeruleum

【制剂规格】　针剂：1%（2ml，5ml，10ml）。

【作用与用途】　本品小剂量能使高铁血红蛋白还原成血红蛋白，用于治疗非那西汀、伯氨喹、亚硝酸化合物等中毒引起的高铁血红蛋白血症。大剂量能使血红蛋白氧化成高铁血红蛋白，可治疗氰化物中毒。

【用法】

1. 高铁血红蛋白血症：1%亚甲蓝5～10ml加入25%葡萄糖液20～40ml中静注。

2. 氰化物中毒：1%亚甲蓝50～100ml静注，再注入硫代硫酸钠。二者交替使用。

第三节　有机磷中毒解救药

阿托品

见解毒药。

解磷定(碘解磷定)　PAM

【制剂规格】　注射剂：0.4g(20ml)。

【作用与用途】　胆碱酯酶复活剂，能恢复胆碱酶的活性。用于有机磷农药中毒，解除中毒症状。对1605、1059、特普、乙硫磷的疗效较好。而对敌敌畏、乐果、敌百虫、马拉硫磷的效果差。

【用法】　静注或静滴。轻度中毒：0.4g/次，必要时2～4h重复1次。中或重度中毒：首次0.8～1.2g，以后0.4～0.8g/2h，并和阿托品同用。

【注意事项】　忌与碱性药物配伍。

氯磷定　Pyraloxime　Methylchloride

【制剂规格】　注射剂：0.5g(5ml)。

【作用与用途】　与解磷定相似，但水溶性高，较稳定，可肌注或静滴，副作用较解磷定小。

【用法】

1. 轻中度中毒：肌注，0.5～0.75g/次。

2. 重度中毒：1g加生理盐水500ml中静滴。

双复磷　Obidoxime

【制剂规格】　注射剂：0.25g(2ml)。

【作用与用途】 同解磷定，但复活胆碱酯酶作用较解磷定、氯磷定强而持久，且易透过血脑屏障，兼有阿托品样作用。用于各种有机磷农药中毒。对敌敌畏、敌百虫中毒疗效也较好。

【用法】

1. 轻度中毒：0.125～0.25g/次，肌注。

2. 中度中毒：0.5g/次，肌注。

3. 重度中毒：0.5～0.75g/次，静注。2h后酌情使用。

【注意事项】 副作用较大，可有口舌、四肢发麻，恶心、呕吐、发热等。

第二十五章　生物制品及酶制剂

第一节　抗毒素

精制破伤风抗毒素(TAT)

【制剂规格】 注射剂：1 500u，10 000u。

【作用与用途】 用于治疗破伤风或外伤有可能感染破伤风者。

【用法】

1. 预防：肌注，1 500～3 000u。

2. 治疗：肌注，20 000～100 000u

【注意事项】 使用前做过敏试验。

第二节　血液制品

人血丙种球蛋白　Human　Gamma　Seroglobulin

【制剂规格】 注射剂：0.3g(3ml)。

【作用与用途】 有增强机体免疫功能作用。主要用于病毒性肝炎、麻疹等的预防及治疗丙种球蛋白缺乏症等。

【用法】 肌注。预防麻疹：0.05～0.15ml/kg 体重；预防肝炎：0.05～0.1ml/kg 体重。

【注意事项】 应注意预防过敏反应。

人血白蛋白　Human　Seroalbumin

【制剂规格】　注射剂：5g，10g。

【作用与用途】　有增加血容量和维持胶体渗透压的作用。用于失血性休克、严重烧伤及低蛋白血症等。

【用法】　静滴。可用5%葡萄糖注射液稀释，滴注速度不宜超过2ml/min。

第三节　酶制剂及其他

糜蛋白酶　Chymotrypsin

【制剂规格】　粉针剂：5mg。

【作用与用途】　能迅速分解蛋白质。用于创伤或手术后创口愈合、抗炎及防治局部水肿、积血、扭伤血肿，也可用于白内障摘除。

【用法】

1．肌注或患部注射：以生理盐水5ml溶解5mg。白内障摘除：以生理盐水配成1∶5 000溶液后由瞳孔注入后房。

2．喷雾：配成0.5mg/ml浓度，10ml/次。

【注意事项】　①不可静脉注射；②20岁以下眼疾患者忌用。

辅酶A(Co－A)

【制剂规格】　粉针剂：50u，100u。

【作用与用途】　本品为辅助治疗药。用于白细胞减少症、原发性血小板减少性紫癜、功能性低热、肝炎、心血管疾患、慢性肾功能减退引起的肾病综合征、尿毒症等。

【用法】

1．静滴：1～2次/d或隔日1次，50u/次，溶生理盐水或5%～10%葡萄糖输液500ml中静滴。

2．肌注：用生理盐水溶解，50u/次，1次/d。

三磷酸腺苷(ATP)

【制剂规格】 粉针剂:20mg。

【作用与用途】 本品为辅酶。用于肝炎、肾炎、心力衰竭及因细胞损伤后细胞酶减退引起的疾病。

【用法】 肌注或静脉给药。20mg/次,1～3次/d。

【注意事项】 脑出血初期忌用。

辅酶 Q_{10}(Co－Q_{10})

【制剂规格】 注射剂:5mg(2ml)。

【作用与用途】 本品为代谢激活剂,能激活细胞呼吸,加速ATP的产生。用于充血性心力衰竭、冠心病、高血压的辅助治疗,对病毒性急性肝坏死、慢性肝炎、持续抗原血症及暴发性肝炎等也有一定疗效。

【用法】 肌注。5～10mg/次,1次/d。

能量合剂 A.C.I.Co

【制剂规格】 注射剂:内含三磷酸腺苷20mg,辅酶A50u,胰岛素4u。

【作用与用途】 供给人体能量,有利于重要组织器官功能的恢复。用于肝脏疾病、肾脏疾病及心肌炎等。

【用法】

1. 肌注或静注:1支/次,1～2次/d。

2. 静滴:1～2支/次,1次/d,用5%葡萄糖500ml稀释后使用。

细胞色素C Cytochrome C

【制剂规格】 注射剂:15mg。

【作用与用途】 本品为细胞内呼吸激活剂,在组织细胞呼吸过程中起传递电子作用。用于组织细胞缺氧的急救或辅助治疗,如脑血管意外、一氧化碳中毒、心功能不全、严重休克缺氧、新生儿窒息、安眠药中毒等。

【用法】 静注或静滴,30mg/次,1次/d,用5%葡萄糖稀释后使用。

【注意事项】 偶见过敏反应,甚至过敏性休克。用前应做过敏试验(本品1滴,于前臂内侧皮肤上做划痕试验,观察20min。局部显红肿,丘

疹大于0.7cm者为阳性,应禁用)。

去氧核糖核酸(DNA)

【制剂规格】 粉针剂:50mg。

【作用与用途】 用于各种病因引起的白细胞减少症、急慢性肝炎,亦可用于血小板减少症及再生障碍性贫血的辅助治疗。

【用法】 肌注。50~100mg/d。

第二十六章　诊断用药

硫酸钡

【制剂规格】 X线造影用硫酸钡。

【作用与用途】 主要用于食道、胃肠道造影。

【用法】 取硫酸钡干混悬剂100～250g，加水调成40%～50%浓度。造影前吞服。

【注意事项】 有时可致便秘及腹泻。可溶性钡盐有致命危险，故用前应仔细检查，一般标签上注明"X线检查用"。

泛影葡胺　Meglucamini　Diatrizoas

【制剂规格】 注射剂：50%，20ml。

【作用与用途】 本品为水溶性造影剂。主要用于尿路造影，也用于肾盂、心血管及脑血管造影。

【用法】

1. 静脉肾盂造影：先做过敏试验。阴性者，1～3min内静注50%本品20～30ml。

2. 逆行肾盂造影：20%，6～10ml，借助膀胱镜将导管插入输尿管口直达肾盂。

【注意事项】 严重肝肾功能不良、活动性肺结核、甲亢及对碘过敏者忌用。

胆影葡胺　Cholografin

【制剂规格】 注射剂：30%或50%，20ml。

【作用与用途】 用于观察慢性胆囊炎合并阴性结石以及胆囊切除后

胆管造影。

【用法】 肥胖者用50%，20ml。造影当日早晨禁食。前1d可用缓泻剂排除积气。

【注意事项】 用前做过敏试验。肝肾功能严重不全、甲亢及对碘过敏者禁用。

碘番酸 Cistobil

【制剂规格】 片剂：0.5g。

【作用与用途】 本品为口服胆囊造影剂。用于拟诊断慢性胆囊炎及伴有结石患者。

【用法】 拍片前1d进高脂肪午餐，晚餐（总脂肪）后30min服本品，每5min服1片，30min服完6片。直到次日拍片前不可进食。

【注意事项】 有时可见胃肠道反应，小便灼热感等。肾功能不全、严重肝功能障碍、急性胃肠功能失调者禁用。

第二十七章　眼、耳鼻喉、口腔科用药

第一节　眼科用药

阿昔洛维滴眼液(无环鸟苷滴眼液)

【制剂规格】 1%，8ml。

【作用与用途】 抗病毒。用于单纯疱疹型角膜炎。

【用法】 滴眼。每2h 1次。

疱疹净滴眼液

【制剂规格】 0.1%，8ml。

【作用与用途】 抗病毒。用于树枝状角膜炎及其他疱疹性眼炎、病毒性结膜炎等。

【用法】 滴眼。4～6次/d。

三氮唑核苷滴眼液(病毒唑滴眼液)

【制剂规格】 0.5%，10ml。

【作用与用途】 抗病毒。用于病毒性眼科疾病，如单疱性角膜炎、表层点状角膜炎、急性流行性结膜炎、沙眼和眼睑牛痘等。

【用法】 滴眼。1次/h，病情好转后改为每2～3h 1次，并逐渐递减。

【注意事项】 妊娠3个月以内的妇女慎用。

氯霉素滴眼液

【制剂规格】 0.25%，10ml。

【作用与用途】 抗菌、消炎。用于结膜炎、角膜炎、轻度沙眼等。

【用法】 滴眼。2~3滴/次,3~4次/d。

磺胺醋酰钠滴眼液(斑马牌眼药水)

【制剂规格】 15%,10ml。

【作用与用途】 抗菌、消炎。用于结膜炎、沙眼及其他眼部感染。

【用法】 滴眼。4次/d。

金霉素眼膏

【制剂规格】 盐酸盐,1万u,2g。

【作用与用途】 抗菌、消炎。用于沙眼、结膜炎、角膜炎等。

【用法】 涂于结合膜囊内,3~4次/d。

红霉素眼膏

【制剂规格】 1万u,2g。

【作用与用途】 抗菌、消炎。用于结膜炎、眼睑炎、角膜炎及眼的外部感染症。

【用法】 涂于眼内或患处。3次/d。

四环素眼膏

【制剂规格】 1万u,2g。

【作用与用途】 抗菌、消炎。用于沙眼、结膜炎、角膜炎等。

【用法】 涂眼。3次/d。

地塞米松滴眼液

【制剂规格】 磷酸钠盐,0.05%,5ml。

【作用与用途】 抗炎。用于急性、亚急性或过敏性结膜炎、角膜炎、巩膜炎等。

【用法】 滴眼。每1~2h 1次。

氢化可的松滴眼液

【制剂规格】 醋酸盐,0.5%,3ml。

【作用与用途】 抗炎。用于虹膜睫状体炎、巩膜炎、结膜炎等。

【用法】 滴眼，6次/d，用前摇匀。

硫酸锌滴眼液

【制剂规格】 0.5%，10ml。

【作用与用途】 收敛、防腐。用于慢性结膜炎、沙眼等

【用法】 滴眼，3～4次/d。

阿托品滴眼液

【制剂规格】 硫酸盐，1%（5ml）。

【作用与用途】 扩瞳、麻痹睫状体。用于虹膜睫状体炎、角膜炎、巩膜炎、儿童白内障手术前检影、验光前扩瞳。

【用法】 扩瞳。需要时滴眼。用于麻痹睫状体时，2～3次/d。

【注意事项】 青光眼、青光眼可疑者；或心血管有明显器质性病变者忌用。

毛果芸香碱滴眼液（匹鲁卡品滴眼液）

【制剂规格】 硝酸盐，1%，5ml。

【作用与用途】 缩瞳、降低眼压。用于原发性及慢性开角型青光眼，消除阿托品等扩瞳作用。

【用法】 滴眼。次数按病情决定。

【注意事项】 本品毒性大，宜慎用。

噻吗洛尔滴眼液（噻吗心安滴眼液）

【制剂规格】 0.5%，5ml。

【作用与用途】 为非选择性β肾上腺素受体阻滞剂，降低眼内压。用于青光眼和高眼压病。

【用法】 滴眼，1～2次/d。

【注意事项】 过敏者及心动过缓者忌用，哮喘及心力衰竭者慎用，孕妇和儿童最好不用。

地卡因滴眼液

【制剂规格】 盐酸盐，1%，5ml。

【作用与用途】 表面粘膜麻醉，用于眼科检查及电光性眼炎。

【用法】 滴眼。每 1～2h 1 次。

白内停滴眼液

【制剂规格】 每盒装有药片 1 片，溶剂为 20ml/瓶。

【作用与用途】 用于老年白内障、糖尿病白内障、外伤性白内障及先天性白内障。

【用法】 滴眼。1～2 滴 1 次，4～6 次/d。用时将包装内药片投入溶剂内溶解后使用，在 1 个月内用完。

普罗碘铵(安妥碘)

【制剂规格】 注射剂：0.4g，2ml。

【作用与用途】 用于晚期眼底出血、玻璃体积血或浑浊、虹膜睫状体炎、视网膜脉络膜炎及角膜斑翳等。

【用法】 肌注。0.4g/次，每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

第二节 耳鼻喉科用药

硼酸酒精滴耳液

【制剂规格】 4%，10ml。

【作用与用途】 抑菌、消毒、防腐。用于慢性中耳炎。

【用法】 滴耳。每日数次。

地磷滴耳液

【制剂规格】 本品 100ml 内主要含地塞米松磷酸钠 0.25g、磷霉素钠 2g。每支 10ml。

【作用与用途】 抗菌、消炎。用于化脓性中耳炎。

【用法】 滴耳。3 次/d。

复方薄荷滴鼻剂(毕卡他油)

【制剂规格】 本品 100ml 内主要含樟脑 1g、薄荷脑 1g。每支 10ml。

【作用与用途】 滋润、保护粘膜。用于干燥性和萎缩性鼻炎。

【用法】 喷雾或滴鼻用。每日数次。

复方麻黄素滴鼻剂

【制剂规格】 本品 100ml 内主要含盐酸麻黄素 1g、硫酸新霉素 0.5g。每支 10ml。

【作用与用途】 消炎,收缩毛细血管。用于急慢性鼻炎。

【用法】 滴鼻。每日数次。

第三节 口腔科用药

复方硼酸钠溶液(朵贝溶液)

【制剂规格】 本品 100ml 内主要含硼酸钠 1.5g、碳酸氢钠 1.5g、液体苯酚 0.3ml。每瓶 200ml。

【作用与用途】 杀菌、防腐、清洁粘膜。用于口腔炎、咽喉炎及扁桃体炎等。

【用法】 漱口。加 1 倍量温水稀释后用。

碳酸氢钠溶液

【制剂规格】 3%,100ml。

【作用与用途】 碱性含漱液,能中和口腔内异常发酵产生的酸质。用于急性口炎、霉素感染病、雪口和地图样舌等。

【用法】 含漱。

碘甘油

【制剂规格】 10%，5ml。

【作用与用途】 杀菌。用于出血性牙龈炎及牙周炎。

【用法】 涂搽患部。

牙周宁片

【制剂规格】 本品主要成分为米糠油不皂化物，包括总固醇、脂肪醇、烃类和维生素E等。每瓶100片。

【作用与用途】 用于牙周脓肿、牙龈出血、牙齿松动、口臭等牙疾。

【用法】 口服。3～6片/次，3次/d。

第二十八章　皮肤科及外用药

克霉唑霜

见抗真菌药。

硝酸咪康唑霜

见抗真菌药。

复方苯甲酸涂剂(怀氏液)

【制剂规格】 每100ml内主要含水杨酸3g、苯甲酸6g。100ml/瓶。

【作用与用途】 抗真菌及角质促成。用于手、足癣。

【用法】 涂搽患部。

复方康纳乐霜(复方曲安缩松霜)

【制剂规格】 每100g内主要含曲安缩松0.1g、制霉菌素1 000万u、新霉素0.25g、短杆菌肽25mg。每支5g或15g。

【作用与用途】 抗炎、止痒。用于念珠菌感染的皮肤病，伴有念珠菌或细菌感染的异位湿疹样皮炎、淤滞性皮炎、钱币形皮炎、接触性皮炎、脂溢性皮炎、神经性皮炎和中毒性皮炎、婴儿湿疹及单纯性苔癣等症。

【用法】 涂搽患部。

氯倍他索软膏

【制剂规格】 每100g内主要含丙酸氯倍他索0.02g，月桂氮䓬酮2g。10g/盒。

【作用与用途】 用于神经性皮炎、接触性皮炎、脂溢性皮炎、湿疹、银

屑病、局限性瘙痒症、盘状红斑狼疮等。

【用法】 涂搽患部。

【注意事项】 对本品过敏者忌用。

氟轻松软膏

见激素与内分泌药。

氯化氨基汞软膏(白降汞软膏)

【制剂规格】 2.5%,30g。

【作用与用途】 杀菌与角化促成作用。用于化脓性皮肤病,如脓疱疮、慢性湿疹及牛皮癣等。

【用法】 涂搽患部。

鱼石脂软膏

【制剂规格】 15%,30g。

【作用与用途】 消炎退肿。用于皮肤炎症、淋巴结肿胀、痈疖与冻疮等。

【用法】 涂敷于患部。

尿素脂

【制剂规格】 15%,20g。

【作用与用途】 增加皮肤角质层的水合作用。用于鱼鳞病、毛周围角化病、掌跖角化及皲裂、皮肤干燥等。

【用法】 涂搽患部。

氧化锌软膏

【制剂规格】 10%,20g。

【作用与用途】 有缓和收敛作用。用于治疗湿疹及皮炎。

【用法】 涂于患部。

硫磺软膏

【制剂规格】 10%，100g。

【作用与用途】 杀虫药，有杀疥虫和霉菌作用。用于疥疮及体癣等。

【用法】 涂于患部。

鸡眼膏

【制剂规格】 每100g内主要含水杨酸71.4g、苯酚4.3g。

【作用与用途】 用于足跖鸡眼。

【用法】 患处用热水浸洗后将药膏对准贴上，3d后可换药1次，同时去除白色软化层。换药连续3次后应隔1周使用本品，直至鸡眼全部脱落。

复方炉甘石洗剂

【制剂规格】 每100ml内主要含炉甘石10g、氧化锌5g、薄荷脑0.5g、樟脑1g、苯酚1g。每瓶100ml。

【作用与用途】 止痒、收敛。用于皮肤湿疹、皮炎及瘙痒等。

【用法】 涂搽患部。

酒精(乙醇)

【制剂规格】 95%，75%，30%。

【作用与用途】 能使细菌蛋白质凝固变性而杀灭细菌，但不能杀灭芽胞菌及病毒。最佳杀菌浓度为75%。主要用于皮肤消毒，也用于小面积烫伤的湿敷浸泡。30%酒精涂擦皮肤，用于高热患者降温。

【用法】 视需要而定。临床常配成75%的浓度使用。

碘酒(碘酊)

【制剂规格】 2%，5%。

【作用与用途】 杀菌作用强，并能杀死芽胞、真菌、病毒及原虫。用于皮肤消毒及局部消肿。

【用法】

1. 一般皮肤消毒：用2%碘酒。

2. 手术区皮肤消毒：先用3%～5%碘酒消毒，再用75%酒精脱碘。

甲紫(龙胆紫)

【制剂规格】 1%。

【作用与用途】 对革兰阳性细菌及白色念珠菌，表皮癣菌有杀灭作用。用于皮肤粘膜创伤感染及口腔溃疡。

过氧化氢溶液(双氧水)

【制剂规格】 3%，10ml；3%，500ml。

【作用与用途】 消毒防腐及除臭。用于清洗创面、溃疡、脓窦及耳内脓液。

【用法】 冲洗或湿敷患部。

洗必泰溶液

【制剂规格】 0.05%，500ml。

【作用与用途】 消毒杀菌。用于皮肤、粘膜和医疗器械的消毒。

【用法】 清洗患部或浸泡器械。

苯扎溴铵器械液(新洁尔灭器械液)

【制剂规格】 每100ml内含苯扎溴铵0.1g、亚硝酸钠0.5g。

【作用与用途】 杀菌。用于浸泡医疗器械。

【用法】 器械洗净擦干后浸入本品内。

过氧乙酸

【制剂规格】 15%～40%。

【作用与用途】 为强氧化剂。对细菌、芽胞、真菌、病毒均有杀灭作用。用于器械、物品、食品、饮水或污水处理等。

【用法】 用具、衣物浸泡用0.04%～0.2%溶液；手消毒用0.2%溶液；器械消毒用0.4%溶液。

乳　　酸

【制剂规格】　每瓶 500ml。

【作用与用途】　空气灭菌。

【用法】　1ml/m^3，稀释 10 倍后加热熏蒸。

甲醛溶液(福尔马林)

【制剂规格】　36%，500ml。

【作用与用途】　消毒防腐。用于器械、手套、标本及尸体的防腐。

【用法】　消毒房间：1～2ml/m^3，加等量水加热蒸发；标本及尸体防腐：稀释 10 倍后用；器械消毒：稀释 10～20 倍后用。

碘　　伏

【制剂规格】　每瓶 500ml。

【作用与用途】　杀菌、消毒。用于皮肤、粘膜消毒，如手术前洗手，手术部位及伤口消毒，粘膜冲洗；亦可用于医疗器皿的消毒。

【用法】　皮肤消毒用 1%～3% 溶液刷洗 5min；玻璃器皿消毒用 2%～3% 溶液浸泡。本品对手术刀等碳钢类器械有腐蚀作用，不宜使用。

附录　人体检验正常值

血　液

总血量　60～80ml/kg 体重

相对密度

全血：

男性：1.054～1.062

女性：1.048～1.059

血浆：1.024～1.029

渗透压

血胶体渗透压：2.8±0.4kPa(21±3mmHg)

血晶体渗透压：720～797kPa(280～310mOsm)

红细胞数

男性：4×10^{12}～5.5×10^{12}/L(400 万～550 万/mm^3)

女性：3.5×10^{12}～5.0×10^{12}/L(350 万～500 万/mm^3)

血红蛋白

男性：120～160g/L(12～16g/dl)

女性：110～150g/L(11～15g/dl)

红细胞压积

男性：42%～49%

女性：37%～48%

红细胞平均直径(MCD)　7.33±0.29μm

红细胞平均体积(MCV)　80～94fl(80～94μm^3)

红细胞平均血红蛋白(MCH)　26～32pg

红细胞平均血红蛋白浓度(MCHC)　310～350g/L

红细胞生存时间　110～130d

红细胞半生存时间　26～34d

循环红细胞量　29.1～30.3ml/kg 体重

网织红细胞数　0.5%～1.5%，24×10^9～84×10^9/L(2.4 万～8.4 万/mm^3)

白细胞总数　4×10^9～10×10^9/L(4 000～10 000/mm^3)

白细胞分类计数

中性粒细胞：50%～70%

嗜酸粒细胞：0.5%～3%

嗜碱粒细胞：0～0.75%

淋巴细胞：20%～40%

单核细胞：1%～8%

嗜酸粒细胞计数　0.05×10^9～0.25×10^9/L(50～250/mm^3)

血小板计数　100×10^9～300×10^9/L(10 万～30 万/mm^3)

红细胞沉降率(ESR)

男性：<15mm/h

女性：<20mm/h

硝基四唑氮蓝试验(NBT)　<10%

血小板粘附试验(玻珠法)　20%～60%

血小板聚集试验(MAR 为最大聚集率)

ADP：0.5μmol，MAR 为 37.4%±14.3%

1.0μmol，MAR 为 62.7%±16.1%

肾上腺素：0.4mg/L，MAR 为 67.8%±17.8%

胶原：0.2g/L，MAR 为 71.7%±19.3%

瑞斯托霉素：1.5mg/ml，MAR 为 87.5%±11.4%

血浆 β-血栓球蛋白　15～70μg/L

血浆血栓素 B_2(TXB_2)测定　136±81.60ng/L

红细胞渗透性脆性试验　0.42%～0.46% 盐液内开始溶解；0.32%～0.34% 盐液内全部溶解

海恩(Heinz)小体　<0.8%

自体溶血试验　48h 生理盐水溶血率<4%；葡萄糖或 ATP 溶血

率<0.6%

血红蛋白溶解度　>88%

血浆游离血红蛋白　<40mg/L

血清结合珠蛋白　0.5～1.5g/L

血红蛋白电泳

血红蛋白 A(HbA)：>95%

血红蛋白 A_2(HbA_2)：1.5%～2.5%

胎儿血红蛋白(HbF)：<2%

高铁血红蛋白　0.3～1.3g/L

高铁血红蛋白还原试验　>75%

红细胞 2,3－二磷酸甘油酸(2,3－DPG)浓度　4.8±0.5μmol/ml 细胞

红细胞葡萄糖·6－磷酸脱氢酶(G－6－PD)　12.1±2.09iu/g Hb 37℃(Einkham 法)

红细胞丙酮酸激酶(PK)　15.0±1.99iu/gHb 37℃(Blume 法)

红细胞内游离原卟啉　<50μg/dl

出血时间(BT)　1～3min(Duke 法)

阿司匹林耐量试验　服药后 2h 和 4h 出血时间比服药前延长 2min 之内

凝血时间(CT)

毛细管法：2～4min

试管法：4～12min

硅管法：15～30min

凝血酶原时间(PT)　11～13s(80%～120%)

蝰蛇蛇毒时间(RVVT)　13～14s，比正常对照延长 3s 以上有意义

凝血酶原消耗时间(PCT)　>20s

血块凝缩时间　30～60min 开始，24h 完全凝缩，血块收缩率为 48%～64%

白陶土部分凝血活酶时间(KPTT)　35～45s，比正常对照延长 10s 以上有意义

复钙时间　1.5～3min

凝血活酶生成试验(TGT)　在4～6min内基质血浆凝固时间为9～11s。受检标本与基质血浆混合后的最短时间比正常值>5s为异常。各凝血因子活性>60%为正常

简易凝血活酶生成试验(STGT)　10～14s

凝血酶时间(TT)　16～18s,比正常对照延长3s以上有意义

凝血酶时间延长的纠正试验(甲苯胺蓝纠正试验)　加入甲苯胺蓝后TT恢复正常或缩短5s以上表示受检血浆中存在肝素或类肝素抗凝物质

凝血因子功能活性检查

因子Ⅴ活性:60%～175%

因子Ⅶ活性:70%～120%

因子Ⅷ促凝活性(Ⅷ:C):76%～130%

因子Ⅸ活性:70%～130%

因子Ⅺ活性:80%～120%

血管性血友病因子抗原测定(vWF:Ag)　62%～126%

血浆纤维蛋白原　2～4g/L

全血凝块溶解试验　24h内不发生溶解

优球蛋白溶解时间(ELT)　>90～120min

血浆乙醇胶试验(EGT)　阴性

血浆鱼精蛋白副凝试验(3P)　阴性

血浆纤维蛋白(原)降解产物(FDP)

间接血凝抑制法:<2mg/L

乳胶凝集法:<10mg/L

酶联吸附法:12～62μg/L

血浆纤维蛋白肽B β15～42　0.3～4.0μg/L

血浆D二聚体(D-Dimer)　<0.5mg/L

血浆纤维蛋白溶酶原

免疫扩散法:286±56mg/L

发色底物法:94.48±8.95%

血浆抗凝血酶Ⅲ(AT-Ⅲ)测定

火箭电泳法定量:290±60mg/L

凝血酶凝胶空斑法：活性为64%～116%

血清 α_2－巨球蛋白(α_2 MG)　2.5～4g/L

血液流变学

全血高切粘度

男性：5.63～6.87

女性：4.74～5.86

全血低切粘度

男性：7.51～10.1

女性：5.84～8.14

血浆比粘度　1.64～1.77

聚集指数(低切/高切)

男性：1.28～1.58

女性：1.15～1.47

红细胞电泳　15.02～17.32s

血小板电泳　19.38～22.23s

血液化学

血清葡萄糖(葡萄糖氧化酶法)　3.9～6.1mmol/L(70～110mg/dl)

血清糖化血红蛋白(HbA_{1c})　3.6%～5.8%(<6%)

血清果糖胺　2.13±0.24mmol/L

血浆乳酸　<2.4mmol/L(5～20mg/dl)

全血丙酮酸　0.03～0.30mmol/L(0.3～0.9mg/dl)

血清钠　136～145mmol/L(310～330mg/dl)

血清钾　3.5～5.3mmol/L(16～22mg/dl)

血清钙　2.25～2.75mmol/L(9～11mg/dl)

血清磷　1.0～1.6mmol/L(3.2～5.0mg/dl)

血清氯化物　96～108mmol/L(570～620mg/dl)

血清铁

男性：11～30μmol/L(60～170μg/dl)

女性：9～27μmol/L(50～150μg/dl)

血清总铁结合力

男性：50～77μmol/L(280～430μg/dl)

女性：54～77μmol/L(300～430μg/dl)

血清铁饱和度　20%－55%

血清铁蛋白

男性：86.1±61.3μg/L

女性：35.1±25.4μg/L

血清铜　11.0～22.0μmol/L(70～140μg/dl)

血清锌　13.5～18.4μmol/L(75～120μg/dl)

血清镁　0.8～1.2mmol/L(2～3mg/dl)

尿素　2.5～6.5mmol/L(尿素氮 7～18mg/dl)

尿酸　90～420μmol/L(1.5～7.1mg/dl)

肌酐　50～120μmol/L(0.6～1.4mg/dl)

血脂

总胆固醇(Tcho)：2.9～6.0mmol/L(110～230mg/dl)

胆固醇酯：占总胆固醇 60%～75%

甘油三酯(TG)：0.56～1.7mmol/L(50～150mg/dl)

高密度脂蛋白－胆固醇(HDL－ch)：>0.9mmol/L(>35mg/dl)

低密度脂蛋白－胆固醇(LDL－ch)：<3.36mmol/L(<130mg/dl)

脂蛋白(a)[LP(a)]：<0.3g/L

载脂蛋白 AI (Apo AI)：1.0～1.3g/L

载脂蛋白 B_{100}(Apo B_{100})：0.6～0.9g/L

血清蛋白总量　60～80g/L

白蛋白：35－55g/L

球蛋白：20～30g/L

血清蛋白电泳(醋纤膜法)

白蛋白：62%～71%

球蛋白：

α_1：3%～4%

α_2：6%～10%

β:7%～11%

γ:9%～18%

血清前白蛋白　1.85～7.4μmol/L(100～400mg/L)

血清粘蛋白　20～40mg/L

血清酸性糖蛋白　0.55～1.4g/L

β_2－微球蛋白(β_2－MG)　1.0～2.6mg/L

血清铜蓝蛋白　150～600mg/L

血清总胆红素(TB)　1.7～17.1μmol/L(0.1～1.0mg/dl)

血清结合胆红素(CB)　0～6μmol/L(0～0.2mg/dl)

血清胆汁酸　＜10mmol/L

血氨　13～57μmol/L(18.2～80μgN/dl)

血清酶学

血清丙酮酸转氨酶(ALT, GPT)　＜40u(5～25u/L)

血清门冬氨酸转氨酶(AST, GOT)　＜40u(8～20u/L)

血清碱性磷酸酶(ALP, AKP)　＜240u/L(37℃)(3～13 金氏单位)

血清酸性磷酸酶(ACP)　0.5～1.9u/L

血清乳酸脱氢酶(LDH)　109～245u/L

血清乳酸脱氢酶同工酶

LDH_1:24%～34%

LDH_2:35%～44%

LDH_3:19%～27%

LDH_4:0～5%

LDH_5:0～2%

血清γ－L－谷氨酰转肽酶(GGT)　0～30u/L

血清醛缩酶(ALd)　0～6u/ml

血清5′核苷酸酶(5′－NT)　2～17u/L

血清α－羟丁酸脱氢酶(HBD)　53～130u/L

血清胆碱脂酶(ChE)　130～310u/ml

血清单胺氧化酶(MAO)　12～40u/ml

血清溶菌酶　5～30μg/L

尿液溶菌酶　0mg/L

血清淀粉酶(AMS)　80～180u/dl

尿液淀粉酶　100～1 200u/dl

血清脂肪酶(LPS)　0.2～1.5u/ml

血清胰蛋白酶　＜400ng/ml

血清肌酸激酶(CK)　0～130u

血清肌酸激酶同工酶

CK－BM：＜4%～6%

CK－MM：＞94%～96%

CK－BB：0 或微量

血清腺苷脱氨酶(ADA)　0～25u/ml

胸水腺苷脱氨酶　45u/dl

骨　髓

正常人骨髓血细胞分类计数(髂骨)　见附表1

骨髓各成形物比积

脂肪层：0.5%～3.0%

血浆层：39%～48.5%

有核细胞层：4.0%～6.0%

红细胞层：45%～54%

骨髓液有核细胞总数　1万～10万/mm^3

巨核细胞数

单位面积(1.5cm×3.0cm)巨核细胞计数：7～35个。

分类计数：原始型：0%；晚幼型：44%～60%；早幼型：0～5%；裸核：8%～30%；中幼型：10%～27%；变性：2%

附表1　正常人骨髓血细胞分类计数(髂骨)

细胞名称	最低值(%)～最高值(%)
粒细胞系统	
原血细胞	0～0.7

续表

细胞名称	最低值(%)～最高值(%)
原粒细胞	0～1.8
早幼粒细胞	0.4～3.9
中性粒细胞	
中幼	2.2～12.2
晚幼	3.5～13.2
杆状核	16.4～32.1
分叶核	4.2～21.2
嗜酸粒细胞	
中幼	0～1.4
晚幼	0～1.8
杆状核	0.2～3.9
分叶核	0～4.2
嗜碱粒细胞	
中幼	0～0.2
晚幼	0～0.3
杆状核	0～0.4
分叶核	0～0.2
红细胞系统	
原红细胞	0～1.9
早幼红细胞	0.2～2.6
中幼红细胞	2.6～10.7
晚幼红细胞	5.2～17.5
淋巴细胞系统	
原淋巴细胞	0～0.4
幼淋巴细胞	0～2.1
淋巴细胞	10.7～43.1
单核细胞系统	
原单核细胞	0～0.3
幼单核细胞	0～0.6

续表

细胞名称	最低值(%)~最高值(%)
单核细胞	1.0~6.2
浆细胞系统	
原浆细胞	0~0.1
幼浆细胞	0~0.7
浆细胞	0~2.1
其他细胞	
网状细胞	0~1.0
内皮细胞	0~1.4
巨核细胞	0~0.3
吞噬细胞	0~0.4
组织嗜碱细胞	0~0.5
组织嗜酸细胞	0~0.2
脂肪细胞	0~0.1
分类不明细胞	0~0.1
细胞分裂	
红细胞系统	0~17
粒细胞系统	0~7
粒细胞:有核红细胞	2~5:1

免疫学检验

血清免疫球蛋白定量

IgG:7.60~16.60g/L

IgA:0.71~3.35g/L

IgM:0.60~2.12g/L

IgD:1~4mg/L

IgE:0.1~0.9mg/L

血清冷球蛋白　　<80mg/L

血清总补体溶血活性(CH_{50})　　50~100u/ml

C3：1.14±0.27g/L

C4：0.55±0.11g/L

C1q：0.20±0.04g/L

B因子：0.10～0.40g/L

循环免疫复合物(CIC)

PEG沉淀比浊法：4.3±2.0

免疫酶标法：<28.4mg/L

外周血单个核细胞

E花环形成试验(ERT)：60%～80%

T细胞表面标志：

CD_3：54%～74%

CD_4：CD_8 1.3～2.1：1

B细胞表面标志：

SmIg：12%～34%

CD_{19}：12%～25%

CD_{20}：12%～25%

淋巴细胞增殖(转化)试验

形态法转化率：60%～75%

同位素掺入法增殖指数(PI)：>10～20

淋巴细胞毒试验　死亡着色细胞<10%

淋巴细胞混合培养　转化率<10%

抗体依赖的杀伤细胞(K细胞)杀伤活性　细胞毒指数55.35%±14.92%(LDH释放法)

自然杀伤细胞(NK细胞)活性

^{51}Cr释放法：47.6%～76.8%

LDH释放法：细胞毒指数39.49±12.01

中性粒细胞吞噬率　91.04%±5.77%

中性粒细胞杀菌率　>85%～90%

血清C反应蛋白(CRP)　0.42～5.2mg/L

血清纤维结合蛋白(Fn)　231±46mg/L

抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)　阴性(免疫荧光法)

抗核抗体(ANA)　　阴性(间接免疫荧光法)

抗双股 DNA(ds－DNA)抗体　　结合活性≤20%

抗 ENA 抗体　　阴性(免疫印迹法)

Sm 和 RNP 抗体　　阴性

类风湿因子胶乳凝集试验　　阴性

抗链球菌溶血素 O 测定　　＜500u

抗链球菌激酶　　＜1:40

抗透明质酸酶　　＜1:2 048

抗甲状腺球蛋白(TG)抗体(RIA 法)　　结合率＜30%

抗甲状腺微粒体(TM)抗体(RIA 法)　　结合率＜15%

内分泌功能检测

下丘脑－垂体

血清生长激素(GH)　　0.047～0.139nmol/L(1～3ng/ml)

血清微乳激素(PRL)　　0.227～1.228nmol/L(2～15ng/ml)

血清促甲状腺激素(TSH)　　2～10μu/ml

血清促肾上腺皮质激素(ACTH)　　上午 8 时＜18pmol/L(80pg/ml)

血清促性激素

促卵泡激素(FSH)：

卵泡期:0.66～2.2ng/ml

排卵期:1.38～3.80ng/ml

黄体期:0.41～2.10ng/ml

月经期:0.50～2.50ng/ml

促黄体生成激素(LH)：

卵泡期:0.46～3.30ng/ml

排卵期:2.47～18.40ng/ml

黄体期:0.34～3.70ng/ml

月经期:0.35～5.60ng/ml

血清抗利尿激素(ADH)　　1.0～1.5pg/ml

甲状腺和甲状旁腺

基础代谢率　　10%～+10%

总甲状腺素(TT_4)　　65　156nmol/L(5～12μg/dl)

总三碘甲腺原氨酸(TT_3)　　1.23～3.08nmol/L(80～200ng/dl)

血清游离甲状腺素(FT_4)　　32.5±6.5pmol/L(2.5±0.5ng/dl)

血清游离三碘甲腺原氨酸(FT_3)　　6.0～11.4pmol/L(3.9～7.4pg/ml)

游离甲状腺指数(FT_4I)　　2.23～7.08

游离三碘甲腺原氨酸指数(FT_3I)　　130～165

反－T_3(rT_3)　　0.15～1.61nmol/L(10～40μg/dl)

^{125}I－T_3kbc 摄取率　　13.05%±4.59%

^{125}I　T_3 血浆结合比值(与正常比)　　0.99±0.1

甲状腺^{131}I吸收率　　高峰多在24h出现

3h 平均值:15.1%±4.7%(5.7%～24.5%)

24h 平均值:31.3%±8.0%(15.1%～47.1%)

血浆甲状旁腺激素(PTH)　　氨基端<25ng/L

血清降钙素(CT)　　<100pg/ml

肾上腺

血浆总皮质醇

上午 8～9 时:140～690nmol/L(5～25μg/dl)

下午 3～4 时:80～300nmol/L(3～12μg/dl)

血浆 11－脱氧皮质酮(S 化合物)　　<30nmol/L(<1μg/dl)

尿 17－羟类固醇(17　OHCS)

男性:5～15mg/24h

女性:4～10mg/24h

尿 17　酮类固醇(17－KS)

男性:10～20mg/24h

女性:5～15mg/24h

尿 17－生酮类固醇(17－KGS)

男性:5～23mg/24h

女性:3～15mg/24h

尿游离皮质醇　　20～100μg/24h

血浆醛固酮

卧位：0.03～0.14nmol/L(1～5μg/dl)

立位：0.14～0.42nmol/L(5～15μg/dl)

尿醛固酮　2.8～27.7nmol/d(1～10μg/24h)

尿儿茶酚胺总量　＜1 655nmol/d(＜280μg/d)

尿游离儿茶酚胺　＜590nmol/d(＜100μg/d)

血游离儿茶酚胺

去甲肾上腺素：615～3 240pmol/L(104～548pg/ml)

肾上腺素：＜480pmol/L(＜88pg/ml)

尿去甲肾上腺素　0～590nmol/d(0～100μg/d)

尿肾上腺素　0～82nmol/d(0～15μg/d)

尿3　甲基4－羟基苦杏仁酸(VMA)　5.0～45.1μmol/d(1～9mg/d)

性腺

血雌二醇(E_2)

男性：50±15pg/ml

女性：

卵泡期：48±9pg/ml

排卵期：535±181pg/ml

黄体期：231±78pg/ml

绝经期：13±2pg/ml

血雌三醇(E_3)

男性：68±49pg/ml

女性：88±54pg/ml(育龄未孕)

血孕酮

男性：0.48±0.17ng/ml

女性(排卵期)：2.05±1.11ng/ml

血睾酮

男性：648.6±26.9ng/dl

女性：54±3.8ng/dl

其他

血浆胰岛素(空腹)　5－20μu/ml

血清C肽(C－P)　1.0±0.23ng/ml

尿C肽　36±4μg/24h

血浆胰高血糖素(空腹)　50～120pg/ml

血浆肾素活性(PRA)　0.7±0.3ng/ml

血浆血管紧张素Ⅱ(AⅡ)　19±10pg/ml

血浆心钠素(ANP)　575±112pg/ml

血浆促胃液素(空腹)　15～105pg/ml

血甘胆酸(CG)　0～250μg/dl

血浆促胰液素　<100pg/ml

血管活性肠肽(VIP)　90～101pg/ml

血清缩胆囊素(CCK)　88.5±3.9pg/ml

肾功能试验

浓缩稀释试验(Mosenthal法)

夜尿量：<750ml

日尿量与夜尿量之比：3～4∶1

最高相对密度：>1.018

自由水清除率(CH_2O)　25～100ml/h

菊粉肾清除率

男性：124±25.8ml/min

女性：119±12.8ml/min

内生肌酐清除率　109～148L/24h(平均128L/24h)或90±10ml/min

肾小管葡萄糖最大重吸收量(Tm_G)

男性：300～450mg/min

女性：250～350mg/min

肾小球滤过分数(FF)　0.18～0.22(平均0.20)

肾血流量　1 200～1 400ml/min

肾血浆流量　600～800ml/min

肾小管酸中毒试验

氯化铵负荷试验：尿 pH＜5.3

中性硫酸钠负荷试验：尿 pH＜5.5

碳酸氢离子重吸收排泄试验：排泄分数为 0

肺功能测定

肺容量

肺活量(VC)

男性：4.3593＋0.6643L

女性：3.2305±0.4884L

残气量(RV)

男性：1.5186±0.3886L

女性：1.1830±0.2853L

肺总量(TLC)

男性：5.8936±0.8113L

女性：4.4151±0.6050L

残气/肺总量(RV/TLC)

男性：25.7219%±5.3429%

女性：26.7161%±5.1981%

无效腔

男性：0.128L

女性：0.119L

通气量

静息通气量(MV)

男性：6 663＋200ml/min

女性：4 217±160ml/min

最大通气量(MVV)

男性：135.4810±26.2083L/min

女性：100.054±18.3115L/min

用力肺活量(FVC)

男性：4.3256±0.6838L

女性：3.2143±0.4942L

第1s用力呼气量($FEV_{1.0}$)

男性:3.6865±0.6332L

女性:2.8214±0.4619L

1s率(FEV1.0%)

男性:85.2698%±6.3718%

女性:87.7627%±5.3574%

最大呼气流量(PEF)

男性:8.9546±1.5783L/s

女性:6.4276±1.1082L/s

气体分布与弥散功能

7min氧冲洗法　肺泡氮浓度<2.5%

1次呼气测验法　氮浓度差<1.5%

一氧化碳弥散量(DLco)

男性:25.04±5.887ml/(min·mmHg)

女性:17.815±3.691ml/(min·mmHg)

动脉血气分析

pH　7.35~7.45

二氧化碳分压($PaCO_2$)　4.67~6.0kPa(35~45mmHg)

氧分压($Pa(O)_2$)

坐位:104.2-0.27×年龄(mmHg)

卧位:103.5-0.42×年龄(mmHg)

氧饱和度($Sa(O)_2$)　90%~100%

肺泡气-动脉血氧分压差($A-aDO_2$ 或 $P_A\ a(O)_2$)　0.93~2kPa(7~15mmHg)

标准碳酸氢盐(SB)(动脉血浆)　5±3mmol/L(25±3mEq/L)

缓冲碱(BB)(动脉血)　45~55mmol/L(45~55mEq/L)

碱过余(BE)(全血)　-3~+3mmol/L(-3~+3mEq/L)

一氧化碳(CO)(全血)

非吸烟者:HbCO部分<2%HbCO

吸烟者:HbCO部分<10%HbCO

尿液检验

相对密度　1.003～1.030，一般在1.015～1.025，晨尿在1.020左右

尿渗量　一般在1 470～2 450kPa(600～1 000mOsm/kg·H_2O)，24h内最大范围为98～3 602kPa(40～1 400mOsm/kg·H_2O)，晨尿常在1 960kPa(800mOsm/kg·H_2O)

尿渗量:血浆渗量　3～4.7:1

蛋白定量　20～80mg/d

糖定量　0.56～5.0mmol/d(100～900mg/d)(斑氏法)

12h尿沉渣计数(Addis计数)

白细胞及上皮细胞:<100个

红细胞:<50万个

管型:<5 000个

3h细胞排出率

白细胞:

男性:<70 000/h

女性:<140 000/h

红细胞:

男性:<30 000/h

女性:<40 000/h

管型:0

尿沉渣检查

红细胞:0～偶尔见/HP

白细胞:<5/HP

上皮细胞:0～少量/HP

尿生化

肌酐:6.2～13.2mmol/24h(0.7～1.5g/24h)(男性略高于女性)

肌酸:0～1.52mmol/24h(0～200mg/24h)

尿素氮:357～535.5mmol/24h(10～15g/24h)

氯化物:170～250mmol/24h(10～15g/24h)

钠：130～260mmol/24h(3～5g/24h)

钾：25～100mmol/24h(2～4g/24h)

钙：2.5～7.5mmol/24h(0.1～0.3g/24h)

磷：22.4～48mmol/24h(0.7～1.5g/24h)

铅：<0.39μmol/24h(<80μg/24h)

铜：<1.1μmol/24h(<70μg/24h)

镁：3.3～4.9mmol/24h(80～120mg/24h)

锌：2.1～11.0μmol/24h(138～722μg/24h)

汞：

双硫腙热硝化法：<0.25μmol/L(<50μg/L)

蛋白沉淀法：<0.05μmol/L(<10/μg/L)

砷：<1.8～1.85μmol/L(0.135～0.139mg/L)

锰：<3.64～25.5nmol/24h(0.2～1.4μg/24h)

粪卟啉　75～375nmol/24h(50～250μg/24h)

尿卟啉　12～36nmol/24h(10～30μg/24h)

δ-氨基γ酮戊酸(正丁酮抽提法)　45.8μmol/L(6mg/L)

尿胆原　<6.76μmol/24h(<4mg/24h)

尿胆原稀释试验　1:20 为阴性反应

5-羟吲哚乙酸(5 HIAA)

定性：阴性

定量：10.4～52.0μmol/24h(2～10mg/24h)

尿蓝母　47～94μmol/24h(10～20mg/24h)

肌红蛋白　<4mg/L

尿纤维蛋白裂解产物(FDP)(Elisa 法)54.64±32.06ng/ml

胃　液

空腹胃液总量　20～100ml

pH　1.3～1.8

基础胃酸分泌量(BAO)　2～5mmol/h

注射五肽促胃液素 6μg/kg 体重后最大胃酸分泌量(MAO)　15～20mmol/h

脑脊液检查

压力(侧卧位)　0.69～1.76kPa(70～180mmH_2O)

蛋白质定性(Pandy 试验)　阴性

蛋白质定量　0.20～0.40g/L

葡萄糖　2.5～4.5mmol/L(45～80mg/dl)

氯化物　120～130mmol/L(700～760mg/dl)

蛋白电泳

A:55%～69%

α_1:3%～8%

α_2:4%～9%

β:10%～18%

γ:4%～13%

免疫球蛋白定量

IgG:10～40mg/L

IgM:0mg/dl

细胞数　0～8×10^6/L,多为单个核细胞

心导管检查

压力　见附表2

动脉血氧饱和度　94%～100%(平均97.3%)

血氧差

右心房与上腔静脉间的血氧差:<1.9 容积%

右心房与右心房间的血氧差:<0.9 容积%

肺动脉与右心室间的血氧差:<0.5 容积%

心脏排血指数　2.6～4.0L/min·m^2

周围总阻力　1 300～1 800dyn·s·cm^{-5}

周围血管阻力　800～1 200dyn·s·cm^{-5}

肺小动脉阻力　47～160dyn·s·cm^{-5}

肺总阻力　200～300dyn·s·cm^{-5}

每搏作功指数　45～75g/m^2

附表 2　心导管检查不同部位压力(右心)

部　位	压力 kPa(mmHg) (以卧位背侧以上 10cm 作为侧压零点)
肺微血管	平均压　0.50～1.0(3.7～7.5)
肺动脉分支	收缩压　2.39～3.0(17.9～22.3)
	舒张压　0.60～1.48(4.5～11.1)
肺总动脉	收缩压　2.44～3.56(18.3～26.7)
	舒张压　0.63～1.40(4.7～10.5)
右心室	收缩压　2.75～3.90(20.6～29.2)
	舒张压　0　～0.56(0～4.2)
右心房	平均压　0.11～0.59(0.8～4.4)

心脏超声检查

主动脉根部内径　20～37mm

左室舒张末期内径　35～56mm

左室收缩末期内径

左房内径:19～40mm

室间隔厚度:6～11mm

左室后壁厚度:6～11mm

左室内径缩短分数:34%±6%

其他静脉压(肘静脉)　0.29～1.42kPa(平均 0.97kPa)〔30～145mmH_2O(平均 99mmH_2O)〕

中心静脉压　0.58～0.98kPa(60～100mmH_2O)

超声测量

甲状腺

长径　45～50mm

横径　20～30mm

前后径　15～20mm

肝脏

左右叶最大横径

男性：18.72±1.89cm

女性：17.21±1.67cm

最大前后径

男性：14.10±1.50cm

女性：12.01±1.27mm

右叶长(右锁骨中线)

男性：11.28±2.02cm

女性：10.67±2.46cm

左叶长(腹主动脉前)

男性：7.28±1.50cm

女性：7.31±1.13cm

门脉主干　1.17±0.13cm

脾脏

长轴　＜10cm

脾门处最大厚度　＜4.5cm

脾静脉

男性：0.57±0.12cm

女性：0.55±0.13cm

胆囊(空腹)

长径　7～9cm

宽径　3～5cm

容量　40～60ml

壁厚　0.1～0.2cm

胆总管外径　0.6～0.8cm

胰腺

胰头　＜3cm

胰体　＜2cm

胰尾　1～3cm

主胰管直径　2～3cm

肾脏

长径　　10～12cm

宽径　　5～6cm

厚度　　3～4cm

集合系统液性分离　　＜1cm

肾上腺

长径　　4～6cm

宽径　　2～3cm

厚度　　0.2～0.8cm

附表 3　医学常用法定计量单位和习用计量单位表

量的名称	法定计量单位		习用计量单位	
	名称和符号	说　明	名称和符号	说　明
长　度	米 m	SI 基本单位	丈、尺、寸、分、厘、毫	1(市)尺 = (1/3)m 1(市)寸 = (1/30)m
	分米 dm	$1dm = 10^{-1}m$		
	厘米 cm	$1cm = 10^{-2}m$	英尺 ft、英寸 in	1ft　0.3048m 1in　0.0254m = 25.4mm
	毫米 mm	$1mm = 10^{-3}m$		
	微米 μm	$1\mu m = 10^{-6}m$	微米 μm、毫微米 mμm、	$1\mu m = 10^{-6}m$
	纳米 nm	$1nm = 10^{-9}m$	微微米 μμm、	$1m\mu m = 10^{-9}m$　1nm $1\mu\mu m = 10^{-12}m = 1pm$
	皮米 pm	$1pm = 10^{-12}m$		
	飞米 fm	$1fm = 10^{-15}m$	埃 Å	$1Å = 10^{-10}m = 0.1nm$
	阿米 am	$1am = 10^{-18}m$	费密 fermi	$1ferm = 10^{-15}m = 1fm$
质　量	千克(公斤)kg	SI 基本单位	斤、两、钱、分、厘、毫	1(市)斤 = 0.5kg = 500g
	克 g	$1g = 10^{-3}kg$	(10 两制)	1 两 = 50g, 1 钱 = 5g, 1 分　0.5g
	毫克 mg	$1mg = 10^{-3}g$	斤、两、钱、分、厘、毫	1(市)斤 = 0 5kg = 500g
	微克 μg	$1\mu g = 10^{-6}g = 10^{-3}mg$	(16 两制)	1 两　30g, 1 钱 = 3g, 1 分 = 0.3g
	纳克 ng	$1ng = 10^{-9}g = 10^{-3}\mu g$	磅 lb、盎司 oz	1lb = 0.4536kg
	皮克 pg	$1pg = 10^{-12}g = 10^{-3}ng$	格令 gn	1oz = 28.3495g
	飞克 fg	$1fg　10^{-15}g = 10^{-3}pg$	(常衡)	1gn = 64.8mg
	阿克 ag	$1ag = 10^{-18}g　10^{-3}fg$	磅 lb ap	1lb ap = 0.3732kg
			盎司 oz ap	1oz ap = 31.1035g
			格令 gn(药衡)	1gn = 64.8mg
			毫厘克 mcg	$1mcg = 10^{-8}kg = 10\mu g$
			微克 γ、	$1\gamma = 10^{-9}kg = 1\mu g$
			毫微克 mμg	$1m\mu g = 10^{-12}kg = 1ng$
			微微克 γγ	$1\gamma\gamma = 10^{-15}kg = 1pg$
	原子质量单位 u	$1u \approx 1.66 \times 10^{-27}kg$	道尔顿 dalton	$1dalton = 1.657 \times 10^{-27}kg = 0.9921u$

续表

量的名称	法定计量单位		习用计量单位	
	名称和符号	说　明	名称和符号	说　明
时　间	秒 s	SI 基本单位		
	分 min	1min = 60s		
	〔小〕时 h	1h = 3 600s		
	天〔日〕d	1h = 86 400s		
电　流	安〔培〕A	SI 基本		
热力学温度	开〔尔文〕K	SI 基本单位	兰氏度°R	(°R) = 9/5(K) = 9/5(℃)
摄氏温度	摄氏度℃	SI 导出单位	华氏度°F	(°F) = 5/9(℃) + 32
物质的量	摩〔尔〕mol	(℃) = (k) − 273.15 SI 导出单位	克分子	(克分子) × 1 = (mol)
		质量单位换算成物质的量单位： (g) × 1/相对原子质量 (md)	克原子	
			克当量 Eq	$\frac{(mEq) \times 1}{化合价数}$ = (mmol)
发光强度	坎〔德拉〕cd	SI 基本单位	国际烛光 1K	1K = 1.019cd
面　积	平方米 m^2	SI 导出单位	〔市〕亩、分、厘	1〔市〕亩 = 60 平方丈 = 666.7m^2
			平方英寸 in^2	$1in^2 = 6.4514cm^2$
体　积	立方米 m^3	SI 导出单位	立方厘米 cm^3	$1cm^3 = 1ml$
	升 L(l)	$1L = 1dm^3 = 10^{-3}m^3$	西西 cc	1cc = 1ml
	毫升 ml	1ml = 0.001L	微升 λ	1λ = 1μl
	微升 μl	$1\mu l = 10^{-6}L = 0.001ml$		$1um^3 = 1fl$

续表

量的名称	法定计量单位		习用计量单位	
	名称和符号	说　明	名称和符号	说　明
速　度	米每秒(m/s)	SI 导出单位		
频　率	赫[兹]Hz	SI 导出单位		
转　速	每秒$^{-1}$	SI 导出单位	转每分 rpm	1rpm = 1r/min = (1/60)S^{-1}
旋转频率	转每分 r/min	1r/min = (1/60)s^{-1}		
力,重力	牛[顿]N	SI 导出单位 1N = 1kg·m/s^2	达因 dyn	1dyn = 10^{-5}N = 0.1mN
			千克力 kgf	1kgf = 9.80665N
压　力	帕[斯卡]Pa	SI 导出单位	巴 bar	1bar = 10^{5}Pa = 0.1MPa
压　强		1pa = 1N/m1^2	标准大气压 atm	1atm = 101 325Pa = 101.325kPa
应　力			毫米汞柱 mmHg	1mmHg = 133.322Pa = 0.133322kPa
			厘米水柱 cmH_2O	1cmH_2O = 98.0665kPa = 0.0980665kPa
			托 Torr	1Torr = 133.3224Pa = 0.13332kPa
			达因每平方厘米 dyn/cm^2	1dyn/cm^2 = 0.1Pa
			千克力每平方厘米 kgf/cm	1kgf/cm^2 = 9.80665 × 10^{4}Pa = 98.0665kPa
[动力]粘度	帕[斯卡]秒 Pa·s	SI 导出单位	泊 P	1p = 0.1Pa·s 1cP = 1mPa·s
运动粘度	平方米每秒 m^2/s	SI 导出单位	斯[托克斯]St	1St = 10^{-4}m^2/s

续表

量的名称	法定计量单位		习用计量单位	
	名称和符号	说　明	名称和符号	说　明
密　度	千克每立方米 kg/m^3 克每立方厘米 g/cm^3	SI 导出单位	磅每立方英尺 lb/ft^3	$1lb/ft^3 = 16.0185kg/m^3$
物质浓度	摩〔尔〕每立方米 mol/m^3 摩〔尔〕每升 mol/L	SI 导出单位 医学上常用： 1. 液体中物质的浓度单位 mmol/L. 2. 24h 排泄物中物质的含量单位 mmol/24h	克分子浓度 M 当量浓度 N 毫当量浓度 mEq/L 百分浓度	1M－1mol/L(按分子作为基本单位) (N)＝1/离子价数＝(mol/L) (mEq/L)×1/化合价数＝(mol/L) 医学上常用体积百分浓度，即 100ml 溶液中所含溶质的克数，如 mg%、mg/dl、mg/100ml 等单位换算：(习用单位数)×系数＝(SI 单位数)
功，能〔量〕	焦〔耳〕J 电子伏〔特〕eV 千瓦小时 kW·h	SI 导出单位 $1eV \approx 1.6021892 \times 10^{-19}J$ $1kW \cdot h = 3.6 \times 10^6 J$	千克力米 kgf·m 尔格 erg	$1kgf \cdot m = 9.80665J$ $1erg = 10^{-7}J$
热〔量〕	焦〔耳〕J	SI 导出单位	卡〔路里〕cal	医学上用热化学卡 calth 1calth ＝4.1840J 1kcalth ＝4.1840kJ
功　率	瓦〔特〕W	SI 导出单位 1W＝1J/S	〔米制〕马力 千克力米每秒 kgf·m/s	1 马力＝735.49875W 1kgf·m/s＝9.80665W
电荷〔量〕	库〔仑〕C	SI 导出单位 1C＝1A·s		

续表

量的名称	法定计量单位		习用计量单位	
	名称和符号	说　明	名称和符号	说　明
电位,电压 电动势	伏[特]V	SI 导出单位 1V = 1W/A		
电　容	法[拉]F	SI 导出单位 1F = 1C/V		
电　阻	欧[姆]Ω	SI 导出单位 1Ω = 1V/A		
电　导	西[门子]S	SI 导出单位	姆欧 ℧	1℧ = 1S S 是 1Ω 导体的电导 $1S = 1\Omega^{-1}$
电　感	亨[利]H	SI 导出单位 1H = 2Wb/A		
磁场强度	安[培]每米 A/m	SI 导出单位	奥斯特 Oe	1Oe≙(1 000/4π)A/m
磁通量密度 磁感应强度	特[斯拉]T	SI 导出单位 $1T = 1Wb/m^2$	高斯 Gs	$1Gs = 10^{-4}T$
磁通量	韦[伯]Wb	SI 导出单位	麦克斯韦 Mx	$1Mx = 10^{-8}wb$
放射性活度	贝可[勒尔]Bq	SI 导出单位 贝可勒尔等于每秒的活度	居里 Ci	$1Ci = 3.7 \times 10^{10}Bq$ 1mCi　37MBq 1uCi = 37kBq

续表

量的名称	法定计量单位		习用计量单位	
	名称和符号	说　明	名称和符号	说　明
吸收剂量	戈[瑞]Gy	SI 导出单位 1Gy = 1J/kg	拉德 rad(rd)	1rad = 10^{-2}Gy
吸收剂量率	戈[瑞]每秒 Gy/s	SI 导出单位 1Gy/s = 1J/(kg·s)	拉德每秒 rad/s	1rad/s = 10^{-2}Gy/s
剂量当量	希[沃特]Sv	SI 导出单位	雷姆 rem	1rem = 10^{-2}Sv
照射量	库[仑]每千克 C/kg	SI 导出单位	伦琴 R	1R = 2.58 × 10^{-4}C/kg
光通量	流[明]lm	SI 导出单位		
光亮度	坎[德拉]每平方米 cd/m^2	SI 导出单位	尼特 nt	1nt = 1cd/m^2
光照度	勒[克斯]lx	SI 导出单位	辐透 ph	1ph = 10^4lx
光焦度	每米 m^{-1}	SI 导出单位	屈光度 δ	1δ = 1m^{-1}
级　差	分贝 dB	无量纲量 某声音的声压与参考声压之比的常用对数的 20 倍等于 1，这个声音的声压级为 1dB。规定参考声压为零级，等于 2 × 10^{-5}Pa	奈培 Np	1Np = 8.6859dB

历代中医资料大全分享

你好，我是逢原，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 **QQ/微信：2049346637**

三、关注微信公众平台——**逢原中医**，经常有中医文章更新。

四、关注我的**空间**：**http://user.qzone.qq.com/2049346637**

免责申明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。

私人微信号：2049346637

公众平台：逢原中医